

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Ing. Eva Musílková**

Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série  
případových studií klientů terapeutické komunity

*Toxic psychosis as a result of long-term methamphetamine abuse – case studies serie  
of the clients in therapeutic community*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 4. 4. 2017

Ing. Eva Musílková

Podpis

### **Identifikační záznam**

MUSÍLKOVÁ, Eva, Ing. *Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série případových studií klientů terapeutické komunity* [Toxic psychosis as a result of long-term methamphetamine abuse – case studies serie of the clients in therapeutic community]. Praha 2017. 129 s., 9 příl. Diplomová práce (Mgr.). Universita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí diplomové práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala v první řadě svým respondentům. Bez jejich otevřenosti a ochoty jít často „na dřeň“ by tato práce nikdy nevznikla. Děkuji vedoucímu práce Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za velkou podporu při vzniku této práce a za jeho laskavou roli průvodce na cestě nalézání pokory k vědě. Hluboký dík patří všem mým nejbližším za trpělivost a velkorysý postoj nejen v čase mého studování i psaní.

*Causarum enim cognitio cognitionem eventorum facit.*

Tuto práci věnuji památce na svou mámu.

# ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá průběhem a podobou prožité toxické psychózy a jejího vývoje v čase u klientů, t.č. dlouhodobě pobývajících v terapeutické komunitě. Hledá vztahovost mezi několika parametry definovaným užíváním metamfetaminu (intenzita, délka užívání) a délkou příznakového období. Výzkumným jádrem diplomové práce jsou kvalitativní případové rozbor, ve kterých je kladen důraz na sledování projevů toxické psychózy a jejich podrobný deskriptivní průběh s ohledem na zmíněné parametry užívání a současně na akcentaci významu ohraničení toxické psychózy jako následek užívání metamfetaminu, oproti endogenním psychózám schizofrenního okruhu.

Cílem diplomové práce je popsat individuální případy manifestace psychózy prostřednictvím pěti klientských příběhů a prozkoumat proces psychické rekonvalescence a ústup klinických projevů v čase, u klientů s perspektivou úplného zotavení. Pro výzkum autorka zvolila kvalitativní přístup a dějové linky pěti klientů jsou zpracovány jako soubor případových studií. Data jsou kvalitativně projikována prostřednictvím několika metod, přičemž stěžejní jsou: narativní rozhovor, metoda životní křivky a metoda zúčastněného pozorování. Pro analýzu dat autorka využila metodu narativní analýzy a metodu zachycení vzorců.

Výsledky výzkumu by měly identifikovat a popsat klientovu zkušenost a prožitky ve stavu metamfetaminové psychózy. Mohly by ukotvit základní postulát podoby subjektivních vjemů i objektivních klinických projevů psychózy s ohledem na dobu a intenzitu expozice návykovou látkou, případně nabídnout další možnost pro hledání souvislostí mezi užíváním metamfetaminu i jiných návykových látek (konopných drog) a psychotickými poruchami.

**Klíčová slova:** toxická (metamfetaminová) psychóza – nežádoucí účinky – terapeutická komunita-  
narativní rozhovor – případová studie

# ABSTRACT

The thesis deals with the course and character of experienced toxic psychosis and its development over time, in clients at present long term residing in the therapeutic community. The thesis searches relatedness between several parameters defined methamphetamine abuse (intensity, length of use) and the length of the event period. Research core thesis are qualitative case analyzes, in which the emphasis is a typical manifestation of toxic psychosis and its descriptive progress with regard to mentioned parameters of abuse and also to accentuate the importance of toxic psychosis borders as a result of methamphetamine abuse, compared with endogenous psychoses of schizophrenia circuit.

The aim of this thesis is to describe individual cases manifestations of psychosis through five client stories and explore the process of psychical recovery and regression of clinical symptoms in time, in clients with the prospect of full recovery. For this particular research the author elected a qualitative approach and storylines of five clients were processed as a set of case studies. Data quality was projected through several methods, while the crucial will be narrative interview, than a life curve and method of participants observation. For data analysis, the method of narrative analysis and a method of recording patterns were used.

The results of the research should identify and describe the client's experience and feeling in a state of methamphetamine psychosis. They could anchor a basic postulate of a subjective perception and objective clinical manifestation of psychosis, with regard to the duration and intensity of exposure to addictive substance, or could offer another option for finding a context between methamphetamine and other drugs (cannabis) and psychotic disorders.

**Keywords:** toxic (metamphetamine) psychosis – adverse events- therapeutic community- narrative interview – case study

# OBSAH

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>13</b>
<b>1 UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU, LÉČBA ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>13</b>
1.1 Epidemiologie užívání v Evropě.....	13
1.2 Epidemiologie užívání v České republice.....	15
1.2.1 Intenzivní a problémové užívání návykových látek .....	15
1.3 Způsoby užití metamfetaminu.....	17
1.3.1 Stádia metamfetaminových zážitků .....	17
1.4 Chronobiologický přístup k závislosti a vliv na cirkadiánní rytmy .....	19
1.4.1 Cirkadiánní typologie uživatelů návykových látek .....	20
<b>2 FARMAKOLOGIE A MECHANISMUS ÚČINKU BUDIVÝCH AMINŮ .....</b>	<b>22</b>
2.1 Farmakokinetika.....	22
2.2 Farmakodynamika a akutní působení metamfetaminu .....	24
2.3 Chronické působení metamfetaminu.....	25
<b>3 KVALITATIVNÍ ASPEKTY VÝROBY METAMFETAMINU .....</b>	<b>26</b>
3.1 Příměsi a nečistoty jako další zdroj nežádoucích účinků.....	27
<b>4 KLINICKÝ OBRAZ STAVU DLOUHODOBÉHO UŽIVATELE METAMFETAMINU .....</b>	<b>28</b>
4.1 Somatické komplikace .....	28
4.2 Psychické komplikace .....	28
4.2.1 Akutní úzkostná porucha a panická epizoda.....	29
4.2.2 Akutní halucinatorně – paranoidní syndrom .....	30
<b>5 TOXICKÁ PSYCHÓZA NEBO SCHIZOFRENIE? .....</b>	<b>32</b>
<b>6 SYSTÉM PÉČE O ZÁVISLÉ (NEJEN) NA METAMFETAMINU.....</b>	<b>35</b>
6.1 Léčba v prostředí terapeutické komunity .....	35
6.1.1 Význam strukturování léčebného pobytu .....	36
6.1.2 Terapeutická komunita ve funkci náhradní rodiny .....	37
6.1.3 Terapeutická komunita jako hnací motor osobnostního růstu .....	37
6.1.4 Odborná péče v terapeutické komunitě .....	38

6.1.5	Komunitní péče o závislé na stimulancích .....	39
<b>VÝZKUM</b> .....		<b>40</b>
<b>7</b>	<b>CÍL VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK</b> .....	<b>40</b>
7.1	Případová studie jako metoda kvalitativního výzkumu .....	40
7.2	Výzkumný soubor a metoda jeho výběru .....	41
7.3	Metody získávání ( tvorby) dat .....	42
7.3.1	Postup realizace rozhovoru .....	42
7.3.2	Textové dokumenty jako zdroj získávání kvalitativních dat .....	43
7.3.3	Metoda životní křivky .....	44
7.3.4	Metoda zúčastněného pozorování .....	44
7.4	Metody zpracování dat .....	44
7.5	Metody analýzy dat .....	45
7.5.1	Způsoby analýzy dat .....	45
7.5.2	Narativní analýza .....	45
7.5.3	Metoda zachycení vzorců (gestaltů) .....	46
7.6	Etické aspekty .....	47
<b>8</b>	<b>ROZBOR PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ</b> .....	<b>48</b>
8.1	Případová studie Adam .....	48
8.1.1	Situace výchozího bodu .....	48
8.1.2	Anamnestická data a životní příběh Adama .....	49
8.1.3	Životní křivka a komentář klienta .....	55
8.1.4	Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu .....	55
8.2	Případová studie Broněk .....	58
8.2.1	Situace výchozího bodu .....	58
8.2.2	Anamnestická data a životní příběh Bronka .....	58
8.2.3	Životní křivka a komentář klienta .....	63
8.2.4	Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu .....	64
8.3	Případová studie Cyril .....	66
8.3.1	Situace výchozího bodu .....	66
8.3.2	Anamnestická data a životní příběh Cyrila .....	66
8.3.3	Životní křivka a komentář klienta .....	71
8.3.4	Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu .....	72
8.4	Případová studie Denis .....	74
8.4.1	Situace výchozího bodu .....	74



8.4.2	Anamnestická data a životní příběh Denise.....	74
8.4.3	Životní křivka a komentář klienta.....	81
8.4.4	Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu.....	82
8.5	Případová studie Ema.....	84
8.5.1	Situace výchozího bodu .....	84
8.5.2	Anamnestická data a životní příběh Emy .....	84
8.5.3	Životní křivka a komentář klientky .....	89
8.5.4	Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu.....	90
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>92</b>
9.1	Výsledky výzkumu a zodpovězení výzkumných otázek .....	92
<b>10</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>101</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>105</b>
	<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>107</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>116</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 1.....</b>	<b>117</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 2.....</b>	<b>120</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 3.....</b>	<b>122</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 4.....</b>	<b>123</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 5.....</b>	<b>124</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 6.....</b>	<b>125</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 7.....</b>	<b>126</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 8.....</b>	<b>127</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 9.....</b>	<b>129</b>

# SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

## Seznam obrázků

Obr. 1 Prevalence užití amfetaminů v roce 2015 mezi mladými dospělými (15-34 let): statisticky významné trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo) (EMCDDA, 2016)....	14
Obr. 2 Uživatelé amfetaminu nastupující na léčbu v roce 2015 (EMCDDA, 2016).....	15
Obr. 3 Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002-2014, v tis. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Zaostřeno 2015) .....	16
Obr. 4 Vývoj počtu všech klientů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003-2014 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Zaostřeno 2015) .....	17
Obr. 5 Chemická struktura metamfetaminu a amfetaminu .....	22
Obr. 6 Chemická struktura dopaminu, noradrenalinu a serotoninu (Vodrážka, 2007).....	24
Obr. 7 Následky dlouhodobého užívání metamfetaminu. Vlevo před užíváním, vpravo po 2 letech užívání. Zdroj <a href="http://www.drogy.cz/pervitin/co-je-pervitin.html">www.drogy.cz/pervitin/co-je-pervitin.html</a> .....	25
Obr. 8 Nejčastěji používané způsoby syntézy při ilegální výrobě metamfetaminu (UNODC).....	26
Obr. 9 Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování (Faravelli, 1986).	30
Obr. 10 Životní křivka Adama.....	55
Obr. 11 Životní křivka Broňka .....	63
Obr. 12 Životní křivka Cyrila .....	71
Obr. 13 Životní křivka Denise .....	81
Obr. 14 Životní křivka Emy.....	89

## Seznam tabulek

Tab. 1: Diferenciální diagnostika MAP a schizofrenie (Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009).....	32
Tab. 2 Charakteristika výzkumného souboru .....	42
Tab. 3 Parametry užívání metamfetaminu u jednotlivých respondentů .....	94
Tab. 4 Modifikovaný CPSI (Complex Partial Symptoms Inventory) dotazník. První odpověď je na otázku, zda-li se příznak v minulosti alespoň jednou vyskytnul, druhá odpověď (s hvězdičkou×) zda-li příznak přetrvává, resp. vyskytoval se ještě v čase rozhovoru. ....	95
Tab. 5 Kategorie PODOBA TOXICKÉ PSYCHÓZY .....	127
Tab. 6 Kategorie ODEZNÍVÁNÍ TOXICKÉ PSYCHÓZY .....	127
Tab. 7 Kategorie POSTOJ K BUDOUCÍ ABSTINENCI .....	128
Tab. 8 Kategorie VLIV KOMUNITNÍHO PROSTŘEDÍ .....	128

# ÚVOD

Diplomová práce se zabývá evaluací prožitku toxické psychózy a jejího vývoje v čase, ve vztahu s několika parametry definovaným užíváním metamfetaminu (intenzita, délka užívání) u klientů t.č. v dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě. Toxická psychóza představuje dle MKN-10 výskyt psychotických fenoménů (halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč, dezorganizované nebo katatonní chování), které vznikly jako důsledek užívání jedné nebo více psychotropních látek, ale nejsou důsledkem samotné akutní intoxikace, nebo odvykacího stavu. Užívání metamfetaminu se stalo v ČR během posledních 20 let výrazně častější a jedním z nepříznivých důsledků užívání je jeho schopnost vyvolat psychózu u disponovaných jedinců (ÚZIS, 2014). V diagnostických kritériích začíná porucha v průběhu užívání, nebo do dvou týdnů od skončení užívání látky, trvání příznaků psychózy je nad 48 hodin, ale ne déle než 6 měsíců. Oproti tomu endogenní psychóza (F20-F29) je diagnostikována, pokud psychotické příznaky nejsou způsobeny intoxikací psychoaktivní látkou, závislostí na ní, nebo odvykacím stavem a také somatickou nemocí. Hranice mezi těmito diagnózami je nicméně neostrá a dle různých zdrojů např. mladí pacienti se schizofrenií užívají návykové látky až třikrát častěji než jejich zdraví vrstevníci (Příhoda, 2005). Podle dostupné literatury mohou mít především metamfetamin a konopné drogy souvislost s psychózami schizofrenního typu a považuje se za prokázané, že mohou působit jako spouštěče endogenních psychóz u disponovaných osob (Maršálek, 2008). Spolu s nárůstem užívání v České republice dochází i k četnějšímu výskytu toxických metamfetaminových psychóz (F15.5) vyvolaných uvedenou látkou, což lze dokladovat zvyšujícím se počtem hospitalizací, ukončených s touto diagnózou (ÚZIS, 2014).

V diagnostickém profilu klientů s poruchami způsobenými užíváním návykových látek zaujímá protrahovaná toxická psychóza poměrně významné (16%) procento klientů léčených v terapeutické komunitě (Kalina & Vácha, 2013). K vytvoření komorbidního klinického obrazu klienta nelze jednoznačně deklarovat, zda-li psychická nemoc zvýšila pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, či naopak abúzus či závislost zvýšily riziko vzniku psychických problémů (Miovská, Miovský & Kalina 2008). Prognóza onemocnění je u poruch způsobených psychostimulancií dobrá, po vysazení drogy onemocnění spontánně odeznívá. U poruch způsobených halucinogeny může být prognóza problematičtější, většinou však také odeznívá bez vážnějších následků. Pokud onemocnění spontánně neodezní po vysazení drogy, jedná se pravděpodobně o jinou poruchu. Kvalitativní výzkum fenoménu metamfetaminové psychózy může mít ambici nalezení či přesnějšího definování hranic mezi vlastní toxickou psychózou a endogenními psychózami schizofrenního okruhu.

# TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1 UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU, LÉČBA ZÁVISLOSTI

Užívání metamfetaminu, a nežádoucí důsledky na organismus z něj vyplývající, jsou vážným celosvětovým problémem veřejného zdravotnictví, vykazující množství somatických, psychiatrických, sociálně-ekonomických a právních důsledků. Při dlouhodobém užívání metamfetaminu vyvolá toto užívání syndrom závislosti. V současnosti je nejrespektovanějším modelem léčby závislosti bio-psycho-sociální model (Kalina, 2015); tento model je zakotven v *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*<sup>1</sup>. Podobně tuto oblast zmiňuje i dokument *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*<sup>2</sup>. Postupně je některými autory zmiňován i rozměr spirituální (Kalina&kol., 2003) nebo také existenciální (Kalina, 2015).

V současné době je při léčbě závislosti na metamfetaminu (i amfetaminu) obecně nejpoužívanější intervencí psychoterapeutický přístup, zahrnující různé podoby behaviorální terapie. Potřeba nalezení efektivní a účinné farmakoterapie je s ohledem na objektivní limity psychoterapeutického přístupu stále velmi aktuální (Brensilver, Heinzerling & Shoptaw, 2013).

Doposud bylo navrženo několik farmakologických východisek ovlivňování neuronálních mechanismů hrajících roli v metamfetaminové závislosti, jakožto důsledku dlouhodobého užívání drogy. Celá řada elektronických databází (PubMed, EU Clinical Trials Register, PsycINFO, ResearchGate, Google Scholar, ClinicalTrials.gov) nabízí širokou bázi doposud publikovaných studií týkající se závislosti na metamfetaminu. Z pohledu účinku a způsobu ovlivňování procesní podstaty závislosti lze zkoumané látky dělit do tří základních skupin; (1) látky ovlivňující neurobiologii systému odměny, (2) látky mírnící negativní důsledky vysazení drogy (abstinenční příznaky) a *craving* a (3) látky mající vliv na psychiatrickou komorbiditu onemocnění, která by mohla znesnadňovat či ohrožovat úzdravu (Brensilver, Heinzerling & Shoptaw, 2013). Klinická východiska poskytují taktéž tři základní strategie; (a) agonistickou terapii, (b) antagonistickou terapii a (c) symptomatickou léčbu zlepšující příznaky po vysazení. Případně lze tyto přístupy kombinovat (Grabowski, Shearer & Merrill, 2004). Současné studie jsou zaměřené především na hledání široce použitelné molekuly k léčbě závislosti na metamfetaminu. Je zcela nezbytné zmínit obtížnost realizace klinických hodnocení na poli adiktologie, ať již z důvodů nepřílišného zájmu o financování studií v této oblasti, legislativních přístupů a regulačních omezení státních autorit, a nebo limitující adheenci a *compliance* subjektů klinického hodnocení, neboť většina z uživatelů není schopna dodržovat explicitně stanovená režimová opatření. Všemi těmito aspekty je značně ovlivněna variabilita výsledků a možnost porovnávat výsledky jednotlivých studií.

### 1.1 Epidemiologie užívání v Evropě

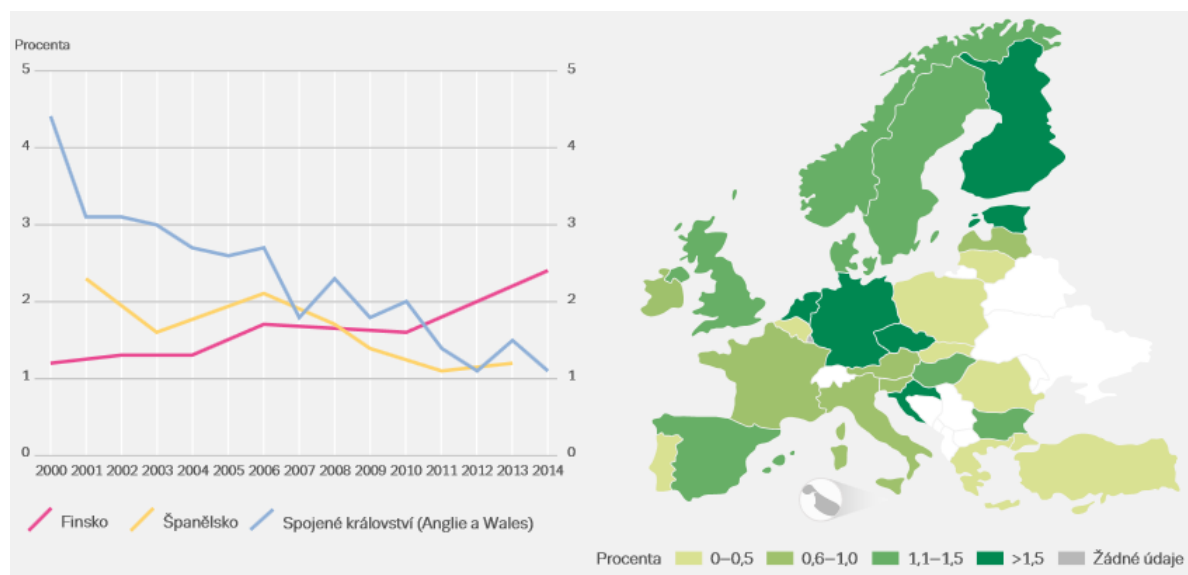
Odhaduje se, že látky ze skupiny amfetaminů užilo v Evropě v roce 2015 téměř 1,3 milionu (1,0 %) mladých dospělých (15-34 let). Nejnovější národní odhady prevalence užití

<sup>1</sup> Český překlad zní Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)

<sup>2</sup> Český překlad zní Diagnostický a statistický manuál duševních onemocnění (DSM-5)

metamfetaminu se pohybují od 0,1 do 2,9 % (EMCDDA<sup>3</sup>, 2016). Na obrázku 1 v barevné mapě vpravo je pro odpovídající země souhrnně vyznačena hodnota >1,5%. Dostupné údaje na grafu vlevo značí významnější pokles prevalence ve Španělsku a Spojeném království, které lze od roku 2009 pozorovat. Naproti tomu Finsko v témže období zaznamenalo postupný nárůst prevalence a nyní uvádí jednu z nejvyšších hodnot v Evropě. Nizozemsko v poslední době uvádí 2,9% prevalence mezi mladými dospělými, ačkoli tuto hodnotu nelze srovnávat s předchozími průzkumy.

**Obr. 1** Prevalence užití amfetaminů v roce 2015 mezi mladými dospělými (15-34 let): statisticky významné trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo) (EMCDDA, 2016).



Pokud jde o dlouhodobé, chronické a injekční užívání amfetaminu, historicky byly problémy pozorovány zejména v severoevropských zemích. Dlouhodobé problémy s metamfetaminem jsou nejvíce patrné v České republice a na Slovensku. Nejnovější odhady vysoce rizikového chování metamfetaminu jsou k dispozici pro Českou republiku a Kypr. V České republice se vysoce rizikové užívání metamfetaminu mezi dospělými (15-64let) odhaduje na 0,51% v roce 2014, přičemž znatelný nárůst užívání, zejména injekčního, byl pozorován v letech 2007 až 2014 (ze zhruba 20 000 na více než 36 000). Na Kypru to bylo odhadem 0,02%, 127 uživatelů. V Norsku se vysoce rizikové užívání amfetaminů odhadovalo na 0,33% v roce 2013, což představuje 11 200 dospělých, v Lotyšsku 0,17% tj. 2177 dospělých uživatelů (EMCDDA, 2016). Řada evropských zemí nadále uvádí nový vzorec užívání metamfetaminu, kdy drogu užívají injekčně, často spolu s dalšími stimulancií a GHB<sup>4</sup>, malé skupiny mužů, kteří mají sex s muži. Tyto takzvané *slamming parties* vzbuzují obavy vzhledem ke kombinaci rizikového užívání drog s rizikovým sexuálním chováním.

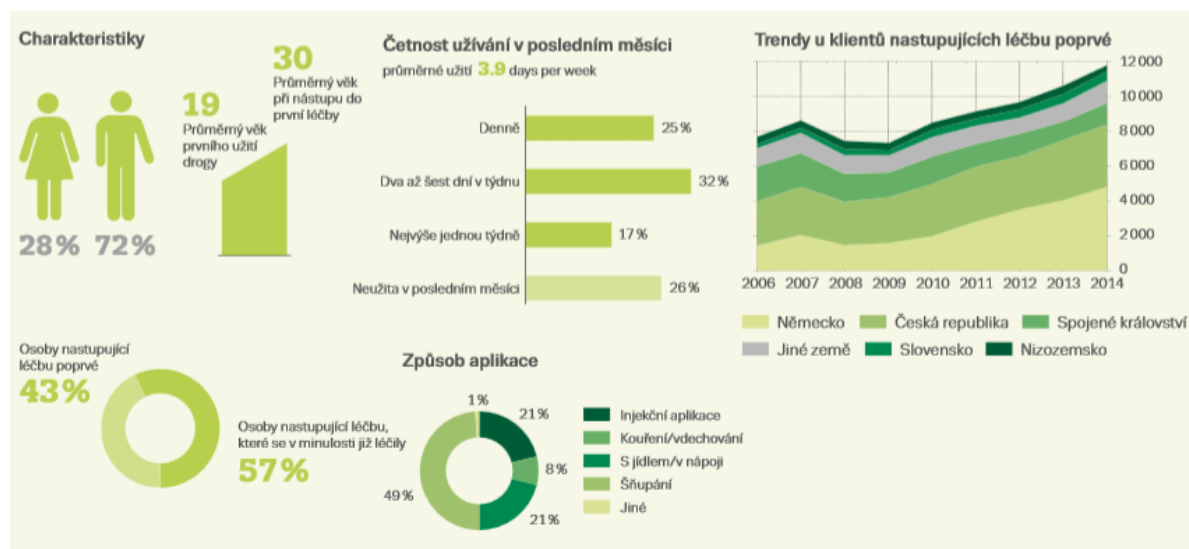
Přibližně 32 000 klientů nastupujících specializovanou léčbu drogové závislosti v Evropě v roce 2014 uvádí jako svou primární drogu amfetaminy (amfetamin a metamfetamin), z nichž 12 000 nastoupilo léčbu poprvé v životě. Primární uživatelé amfetaminu tvoří značné procento hlášených nástupů do první léčby pouze v Bulharsku, Německu, Lotyšsku, Maďarsku, Polsku a Finsku. Klienti nastupující léčbu, kteří jako primární drogu uvádějí metamfetamin, se soustřeďují v České republice a na Slovensku a dohromady tvoří 95 % z 8 700 klientů léčících se ze závislosti na metamfetaminu v Evropě. Zvýšení počtu klientů nastupujících léčbu poprvé v souvislosti s amfetaminy zaznamenalo především Německo, v menší míře Česká republika (EMCDDA, 2016).

<sup>3</sup> Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti.

<sup>4</sup> Kyselina gammahydroxymáselná

Obrázek 2 zachycuje základní epidemiologické parametry (podíl uživatelů dle pohlaví, věku), četnost užívání a způsob aplikace a podíl prvo- a opakovaných léčeb. Poměrně překvapivé se jeví procento uživatelů (1/5), užívajících drogu s jídlem nebo v nápoji.

**Obr. 2** Uživatelé amfetaminu nastupující na léčbu v roce 2015 (EMCDDA, 2016)



## 1.2 Epidemiologie užívání v České republice

Situace v oblasti užívání legálních i nelegálních drog je v České republice poměrně stabilní. Metamfetamin je látkou dlouhodobě vedoucí u problémových uživatelů na české drogové scéně. Střední odhad celkového počtu problémových uživatelů drog užívajících metamfetamin byl dle aktuální Výroční zprávy o stavu ve věcech drog přibližně 36,4 tis. (Mravčík, Chomnyová & Grohmanová, 2015). Studie realizované v posledních letech (Národní výzkum užívání návykových látek 2012 a série omnibusových výzkumů<sup>5</sup> prevalence užívání drog v populaci v letech 2011-2014) ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci. Celoživotní zkušenost s pervitinem (metamfetaminem) uvádí 3% české populace (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Zaostřeno 2015).

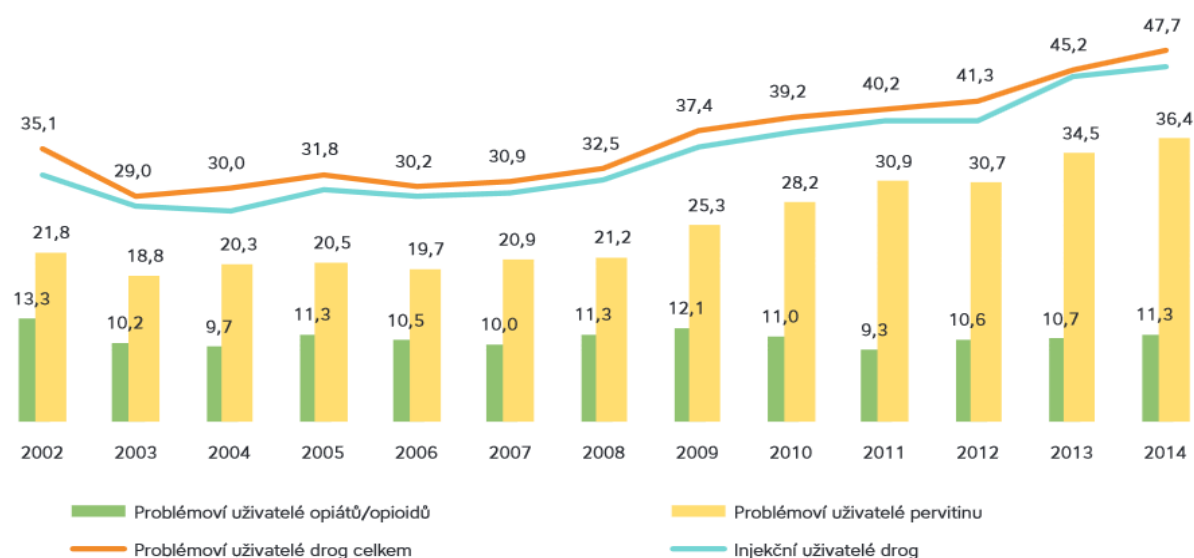
### 1.2.1 Intenzivní a problémové užívání návykových látek

Definice problémového užívání zahrnuje pravidelné dlouhodobé a/nebo injekční užívání. Ze skupiny amfetaminů se v České republice užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Odhadovaný počet problémových uživatelů metamfetaminu se v roce 2014 oproti roku 2013 zvýšil, zvýšil se i počet injekčních uživatelů drogy. Na obrázku 3 je zachycen střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů/opioidů a metamfetaminu v letech 2002-2014, který dosáhl v roce 2014 celkem 47,7 tis. (0,67% populace ve věku 15-64 let), z toho 34,4 tis. uživatelů metamfetaminu a 11,3 tis. uživatelů opiátů/opioidů. Počet injekčních uživatelů drog dosáhl 45,6 tis. Nadprůměrnou prevalenci na počet obyvatel vykazují Praha, Ústecký, Karlovarský, Liberecký, Olomoucký a Jihočeský kraj. K největšímu nárůstu za posledních 10 let došlo v Praze, v kraji Ústeckém, Jihočeském, Libereckém a Vysočina.

<sup>5</sup> Vícetematický a periodický výzkum realizovaný na reprezentativním vzorku.

Z omnibusového průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost z roku 2014 vyplývá odhad 42-54 tis. problémových uživatelů opiátů/opioidů a metamfetaminu (z toho cca 4,5 tis do 18 let). Informace získané od lékařů však velmi pravděpodobně nadhodnocují počty uživatelů opiátů a podhodnocují počty uživatelů metamfetaminu, neboť u praktického lékaře existuje možnost substituční léčby preparáty obsahující buprenorfin, což může vést ke zvýšenému kontaktu s lékařem, zatímco pro uživatele pervitinu žádná podobná léčebná alternativa v ordinacích praktického lékaře neexistuje.

**Obr. 3** Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002-2014, v tis. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Zaostřeno 2015)

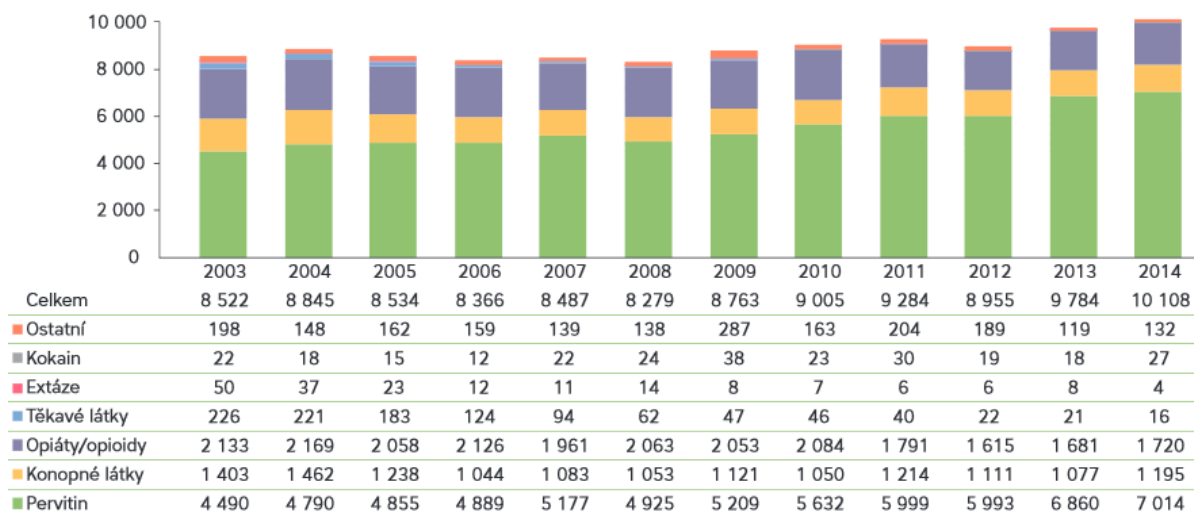


Na začátku března 2015 byl v rámci rekonstrukce celého Národního zdravotního informačního systému ČR spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Po spuštění NRLUD do něj byly převedeny údaje z obou stávajících informačních systémů a tyto zanikly. Registr je legislativně zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách. Registr léčby uživatelů drog je nástrojem zaměřeným na shromažďování údajů o pacientech při vstupu do a výstupu z léčby závislosti včetně poradenských, kontaktních a resocializačních programů pro uživatele drog, tj. shromažďování dat, jejich ověřování, ukládání, ochrana a zpracování. Tento registr disponuje souhrnnými údaji pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Na základě údajů je vytvářena protidrogová politika a strategie ČR a v mezinárodním kontextu i v EU. Statistickou jednotkou je osoba s problémy způsobenými užíváním návykových látek nebo osoba na nich závislá, která vstoupila nebo byla zařazena do programu zaměřeného na poradenství a léčbu závislosti prováděného léčebnými a poradenskými zařízeními (NRLUD).

Na obrázku 4 je zachycen vývoj počtu všech klientů v Registru žádostí o léčbu. Podle registru bylo v roce 2014 evidováno 10 108 žadatelů o léčbu, z nichž 4743 zahájilo léčbu v souvislosti s užíváním drog poprvé v životě. Pervitin (metamfetamin) je z hlediska užívaných drog nejčastěji užívanou drogou, jako hlavní užívanou látku ho uvedlo 7014 osob (69,4%). Stejně tak prvožadatelů o léčbu je nejvíce v případě užívání pervitinu (metamfetaminu). Dle obrázku 4 počet žadatelů o léčbu závislosti na metamfetaminu jako primární drogy dlouhodobě roste.



**Obr. 4** Vývoj počtu všech klientů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003-2014 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Zaostřeno 2015)



## 1.3 Způsoby užití metamfetaminu

Obecně převažuje injekční aplikace, převážně intravenózní (Minařík, 2003), užívá se též intranasálně. Mezi žadateli o léčbu v souvislosti s užíváním metamfetaminu je míra injekčního užívání dlouhodobě vysoká, klesá hlášený počet injekčních aplikací metamfetaminu v psychiatrických ambulancích (Mravčík, Chomnyová & Grohmanová, 2015). Méně častým způsobem podání je inhalace po zahřátí na alobalu, nebo požití *per os*. Perspektivní se jeví *harm reduction* strategie distribuce želatinových kapslí (Minařík & Kmoch, 2015).

### 1.3.1 Stádia metamfetaminových zážitků

*„...silná touha pokračovat v užívání je determinována falešným pocitem štěstí, emočního pohodlí z drogového opojení, existující přítomnosti silných pocitů, zážitků a charakteristickou sebejistotou, hyperaktivitou a zvýšenou energií. Je to věc, která člověku rozjitřuje představivost, jež otevírá brány vědomí. Ale samozřejmě člověku bere svobodu, prachy, zdraví, nervy...“ (D. Bárta, 2011)*

**Nájezd.** Nájezd je prvotní reakce uživatele poté, co vykouří, šnupe nebo injekčně aplikuje metamfetamin. Během nájezdu se výrazně zvýší srdeční tep a metabolismus, krevní tlak a srdeční tep uživatele. Tento nájezd může trvat až 30 minut.

**Úlet (vysmažení).** Nájezd je následován úletem, kterému se taky někdy říká „výsmah“. Během úletu se uživatel často cítí agresivně a nanejvýš moudře a stává se velmi hádavým. Často skáče ostatním do řeči a dokončuje jimi započaté věty. Klam může vyústit do toho, že se uživatel velmi intenzivně soustředí na nepodstatný nebo nevýznamný předmět nebo činnost, například opakovaně po několik hodin čistí totéž okno. Úlet může trvat 4 až 16 hodin.

**Tah.** Tah je nekontrolované užívání drogy nebo alkoholu. Označuje nutkání uživatele udržet si stav intoxikace kouřením, šňupáním nebo píchnutím většího množství metamfetaminu. Tah může trvat 3 až 15 dní bez přerušení. Během tahu se uživatel stane jak duševně, tak fyzicky

hyperaktivní. Pokaždé, co uživatel vykouří nebo aplikuje další a větší dávku drogy, zažívá další, ovšem menší nájezd, až nakonec necítí ani nájezd ani úlet.

*Dojezd.* Uživatel metamfetaminu je nejnebezpečnější ve chvíli, kdy zažívá fázi závislosti nazvanou „dojezd“, což je stav dosažený na konci „tahu“, kdy metamfetamin přestává uživateli způsobovat stav nájezdu nebo úletu a kýžený opojný efekt. Uživatel, který není schopen ulevit si od strašlivých pocitů prázdnoty a touhy po droze (absták), ztrácí smysl vlastní identity. Běžným příznakem je intenzivní svědění a uživatel může nabýt dojmu, že se mu pod kůži snaží zarýt brouci. Uživatel, který někdy není schopen usnout několik dní za sebou, je často v naprosto psychotickém stavu a existuje ve svém vlastním světě. Vidí a slyší věci, které nemůže vnímat nikdo jiný. Jeho halucinace jsou natolik živé, že působí reálně. Takto odtržen od reality může být uživatel velmi nepřátelský vůči sobě a ostatním. Riziko sebevráždění je v této fázi velmi vysoké.

*Zhroucení.* Uživatel, který drogu aplikuje na tzv. tahu, zažívá zhroucení, když jeho tělo selže, protože nadále nedokáže odolávat účinkům drogy, která na něj působí, a končí extrémně dlouhým spánkem. Dokonce i ti nejničernější a nejvíce násilníčtí uživatelé jsou během fáze zhroucení téměř bez života a pro nikoho nepředstavují ohrožení. Zhroucení může trvat 1 – 3 dny.

*Vyčerpání (případné psychotické příznaky).* Po fázi zhroucení se uživatel probouzí ve zcela zničeném stavu, vyhladovělý, dehydrovaný a fyzicky, duševně i emocionálně naprosto vyčerpán. Toto stádium obvykle trvá od 2 do 14 dní. To vede k silnější závislosti, protože „řešením“ těchto nepříjemných pocitů je další a větší dávka.

*Absták.* Od poslední dávky často uplyne 30 až 90 dní (ve zcela výjimečných případech), než si uživatel uvědomí, že se u něj projevují abstinenní příznaky. Nejprve je deprimován, postrádá energii a schopnost zažívat slast. Poté se dostaví touha po další dávce metamfetaminu a u uživatele se mohou projevit sebevražedné sklony. Protože abstinence na pervitinu je nanejdéle bolestivá a obtížně se snáší, většina uživatelů se k droze opět vrátí. Právě proto se až 93 % lidí léčených tradičními metodami vrátí ke svému (Řekni ne drogám – řekni ano životu, o.s.)<sup>6</sup>.

Metamfetamin patří mezi drogy, pro které není typické denní užívání. Bývá spíše užíván v tazích, tedy opakované užití několik dní po sobě, po kterém následuje období abstinence, kdy uživatel čerpá síly k novému tahu. Charakteristické je na počátku drogové kariéry užívání příležitostné především o víkendech. Postupně dochází ke zvyšování frekvence, uživatel užívá metamfetamin nejen o víkendech, ale i během týdne. Pro vznik závislosti je třeba déleodobého užívání s frekvencí obvykle několikrát týdně. Rozvoj závislosti trvá přinejmenším několik měsíců, velmi zrádné ovšem je, že závislost se rozvíjí plíživě a také že typický způsob užívání metamfetaminu vede uživatele k mylnému dojmu, že závislý být nemůže, protože vydrží několik dní bez obtíží abstinovat. Dochází k *cyklizaci* užívání (tah – abstinence – tah), přičemž období mezi tahem a obdobím abstinence se zkracuje (nadto se prodlužuje délka tahu a zkracuje délka abstinence) což může vyvrcholit kontinuálním každodenním užíváním, v krajním případě i užíváním několikrát denně. Závislost vzniká jen psychická, fyzické obtíže spojené s vysazením mají jen charakter vystupňované únavy. Psychická závislost je však z hlediska léčby tou obtížnější komponentou závislosti.

---

<sup>6</sup> Více na webových stránkách Občanského sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu.  
<http://www.drogy.cz/pervitin/kap-stadia-pervitinovych-zazitku.html>.

## 1.4 Chronobiologický přístup k závislosti a vliv na cirkadiánní<sup>7</sup> rytmy

Data z chronobiologických studií ukázaly, že chronické nadužívání návykových látek má negativní efekt na projevy cirkadiánního rytmu. Bylo popsáno několik biologických rytmů, v popředí klinického zkoumání stojí cirkadiánní rytmus (24hodinový cyklus). Endogenní produkce je anatomicky lokalizována v suprachiasmatickém jádře (SCN)<sup>8</sup>. V normálním stavu, exprese cirkadiánního rytmu je vázána na environmentální informace o přítomnosti/nepřítomnosti světla, tedy na cyklus světlo – tma (Herzog, 2007, Levi & Schibler, 2007).

Správná cirkadiánní rytmizace je indikátorem zdraví a kvality života ve všech fázích vitálního cyklu a je univerzální zjišťovanou vlastností v severských zemích, kde je velmi variabilní cyklus *světlo – tma* závisející na ročním období. Mezi mnohými možnými výstupy cirkadiánního rytmu (biochemické, fyziologické, behaviorální) bylo nalezeno několik měřitelných markerů, ukazujících na funkčnost cirkadiánního systému. Mezi nimi lze vyzdvihnout především tělesnou teplotu (vnitřní a vnější) a produkci hormonů kortizolu<sup>9</sup> a melatoninu<sup>10</sup>.

Závislost na psychoaktivních látkách vykazuje redukcí amplitudy trvání cyklu a desynchronizaci cirkadiánních funkcí mezi CNS a periferními orgány (Wang, Wang & Liu, 2006). Ve zcela extrémních případech cirkadiánní rytmus zcela vymizí a stírá se tak ohraničená doba spánku a bdění. Toto v dlouhodobém důsledku může vést k environmentálním změnám manifestovaným rozličnými onemocněními metabolického, psychického, neurologického a reprodukčního charakteru. Vážná porucha cirkadiánního rytmu může mít souvislost i s vyšší afinitou k nádorovému bujení. V neposlední řadě má zcela zásadní vliv na proces stárnutí (Barnard & Nolan, 2008). Nedostatek regulace cirkadiánního rytmu je nejvíce studována u alkoholové závislosti (Spanagel et al, 2005), závislosti na kokainu (McClung et al, 2007; Uz, Ahmed & Akhisaroglu, 2005) a na tabáku (Adan & Sanchez-Turet, 2000; Adan, 2004). Několik studií bylo publikováno i v souvislosti s amfetaminovou závislostí (Iijima, Nikaido & Akiyama, 2002). U uživatelů metamfetaminu deteriorace cirkadiánního rytmu přetrvává, na rozdíl od alkoholiků a kuřáků velmi dlouho (Falcón, McClung, 2009), často měsíce. Zatím nebyla publikována žádná studie dokazující či vyvracející skutečnosti, zda-li změny v reorganizaci cirkadiánní rytmizace během abstinence mohou být prediktivním faktorem relapsu.

---

<sup>7</sup> Související s denní periodou (střídáním dne a noci).

<sup>8</sup> Tvoří párovou strukturu v hypotalamu, umístěnou těsně nad křížením optických nervů a sestávající z cca 20 000 neuronů. SCN mají díky svým specifickým vlastnostem výjimečné postavení v rámci cirkadiánního systému. Jsou spojena přímou dráhou s retinou a přijímají tak informace o světelných změnách v okolním prostředí. Jednotlivé SCN neurony jsou nezávislými autonomními oscilátory, které jsou propojeny v komunikační síť.

<sup>9</sup> Hormon, řadící se mezi glukokortikoidy a tvořený v kůře nadledvin. Kortizol zvyšuje celkovou pohotovost organismu při zátěžových situacích (stresech, infekčních chorobách, velké tělesné námaze, dlouhodobém hladovění). Jeho účinek na metabolismus se dá zjednodušeně popsat jako katabolický, antianabolický a diabetogenní. V játrech má však efekt anabolický (Hugo&Vokurka, 2004).

<sup>10</sup> Hormon produkovaný epifýzou, funkční derivát indolu (acetamid). Hraje důležitou funkci při řízení rytmů den – noc. U člověka má melatonin vliv na hypotalamo-hypofyzární systém a vzestup jeho hladiny je spojen s nutkáním ke spánku. Melatonin se podílí na regulaci celoročního rytmu, tj. střídání období léta a zimy. Snížená produkce melatoninu regulovaná rovněž délkou světelného dne se podílí u mnoha živočichů na odbrzdění produkce pohlavních hormonů v jarním období; tato funkce je u člověka výrazně potlačena. Schopnost jeho tvorby se s věkem snižuje, což je považováno za příčinu zvýšené nespavosti ve vyšším věku. (Hugo&Vokurka, 2004).

Recentní klinické studie se zabývají působením cirkadiánních genů (*Clock*, *Period*) v neuroadaptivních procesech odměny a primární závislosti (Falcón & McClung, 2009) a souvislostmi s různými psychopatologickými (Herzog, 2007) a neuroendokrinními poruchami (Liu, Wang & Jiang, 2007). Studie jsou zatím prováděny na animálních modelech, nicméně existují práce potvrzující implikaci cirkadiánních genů i v populaci závislých osob. Individuální rozdíly v kvalitě spánku a cirkadiánní rytmizace mohou predikovat průvodní citlivost ke škodlivému užívání a závislosti (Spanagel, Rosenwasser, Schumann & Sarkar, 2005). Výzkumy ukazují na čím dál evidentnější souvislost mezi cirkadiánními geny a závislostním fenotypem jedince. Polymorfismus cirkadiánních genů může být biologickým faktorem ohrožení závislosti a patologickou rytmizací je třeba považovat za významný spouštěč v multifaktoriálním modelu rizika rozvoje závislosti a závislostního chování. Nicméně, stejně jako u psychiatrických onemocnění je třeba brát v úvahu genetickou heterogenitu jedince, různé geny přispívají k fenotypovému projevu abúzu nezávisle, byť koordinovaně, ale bez znatelných efektů individuálních genů (Wang, Wang & Liu 2006).

#### 1.4.1 Cirkadiánní typologie uživatelů návykových látek

Lidská populace se skládá ze tří chronotypů – ranní, večerní a nezařazený, v souladu se sebehodnocením jedinců prostřednictvím specifických dotazníků (Caci, Deschaux, Adan & Natale, 2009). Ranní chronotyp brzy uléhá, brzy vstává a nejlepších duševních i fyzických výkonů dosahuje v prvních hodinách dne. Naproti tomu, večerní chronotyp pozdě vstává a pozdě ulehá a vykazuje nejvyšší aktivitu v průběhu prvních nočních hodin. Ranní a večerní chronotypy se neliší jen projevy cirkadiánní rytmizace, ale i v osobnostních vlastnostech a zvycích, lze mluvit o zcela odlišných životních stylech. Pilotní studie provedená v roce 1994 (Adan, 1994) ukázala rozdíly v konzumaci legálních psychoaktivních látek (nikotin, alkohol, kofein) mezi oběma chronotypy, večerní chronotyp vykázal znatelně vyšší konzumaci těchto tří látek. Tato skutečnost byla opakovaně potvrzena u studie s adolescenty a mladými dospělými (Andershed, 2005; Gau, Shang, Merikangas & Chiu, 2007). Současné studie (Prat & Adan, 2011) ukazují, že večerní chronotyp je znatelně častějším uživatelem nelegálních drog (THC, MDMA, kokain, metamfetamin) a vykazuje rizikovější konzumaci alkoholu a častější řešení odvykacích stavů. Lze se proto domnívat, že ranní chronotyp může být preventivním faktorem počátku užívání a rozvoje závislosti a večerní chronotyp je naopak rizikovým faktorem. Večerní chronotypy užívající stimulující látky k přizpůsobení svého režimu normální denní aktivitě, souvisejí se socio-environmentální činností, neboť v průběhu dne je jejich aktivita a bdělost nízká, zatímco večer se míra aktivity stupňuje a je vyšší, než je standardně vyžadováno. V počátečních fázích konzumace jedinci, kteří jsou náchylní k ohrožení cirkadiánní rytmizace vlivem nadměrné exprese genu *Clock a Period*, mohou vykazovat vynikající výsledky v regulaci aktivity a udržení těchto zvyklostí. V souvislosti s chronickou konzumací se brzy objevuje spirála stresu<sup>11</sup>, která nabývá intenzivnějších projevů a dramatictějších konsekvencí právě u večerních chronotypů. Změna rytmizace implikovaná chronickým abúzem psychoaktivních látek ještě více zhoršuje stresovou symptomatologii a v důsledku zapříčiňuje zvyšování dávek. I když existuje mnoho faktorů, které se dávají do souvislosti s počátkem nadužívání a pokračující závislosti, cirkadiánní typologie stojí z hlediska významu v jednoznačném popředí. Tzv. extrémní večerní chronotypy jsou velmi rizikovým faktorem pro vývoj ostatních psychopatologií, především změny nálad (Natale, Ballardini &

---

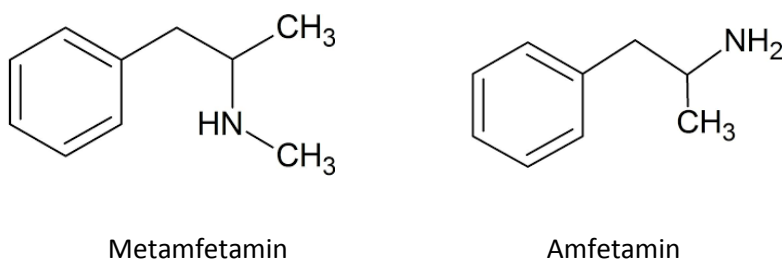
<sup>11</sup> Opakované vystavení stresovým podnětům vede od frustrace, k apatii, v krajním případě k syndromu vyhoření.

Schumann, 2008). Další studie poukázaly na souvislost s vyšší prevalencí poruch příjmu potravy (Natale, Ballardini & Schumann, 2008), zvýšenou impulsivitou a agresí, ADHD (Caci, Deschaux, Adan & Natale, 2009) a suicidálního chování (Selvi, Aydi & Atli, 2011) zmíněných extrémních večerních chronotypů, oproti ranním chronotypům. Shrnutím výše zmíněných asociací lze vyvodit velkou rizikovost faktoru večerního chronotypu pro vznik či exacerbaci psychiatrických onemocnění. Cirkadiánní typologie je konfigurována jako endofenotyp v duševních patologiích, a hraje zcela zřejmou roli v patologii duálních diagnóz.

## 2 FARMAKOLOGIE A MECHANISMUS ÚČINKU BUDIVÝCH AMINŮ<sup>12</sup>

Budivé aminy jsou deriváty fenyl-iso-propylaminu, tyto látky se výrazně podobají adrenergikům<sup>13</sup>. Vedle psychostimulačního účinku mají ještě účinky anorektické, centrálně stimulační a sympatomimetické. Jejich terapeutická využitelnost je minimální s ohledem na jejich návykový potenciál.

**Obr. 5** Chemická struktura metamfetaminu a amfetaminu



### 2.1 Farmakokinetika

Metamfetamin se vyskytuje nejčastěji ve formě hydrochloridu. Rychlost absorpce je úměrná způsobu podání a charakteru molekuly – tedy čím menší molekula, tím rychlejší absorpce. Původně se amfetaminové deriváty vyráběly zcela legálně a pro vojenské účely a měly podobu tablet, pro jejich snadnou použitelnost. V dnešní době je metamfetamin zachycen nejčastěji v podobě mikrokrytalického prášku, má nahořklou chuť a je bez zápachu. Metamfetamin dostupný na černém trhu může být zbarven i do žluta nebo fialova, podle reziduí látek, používaných při domácí výrobě (Minařík, 2003).

K absorpci metamfetaminu dochází přes sliznici gastrointestinálního traktu, pakliže jsou užívány perorálně, vstřebávání v největší míře probíhá v tenkém střevě. Účinek po perorálním užití nastupuje do hodiny po aplikaci. Z tohoto důvodu je častější formou užívání šňupání (sniffing), dochází tedy k přestupu látky přes nosní sliznici do krevního oběhu, efekt se objevuje okolo 5ti až 10ti minut po podání. Dalším způsobem podání metamfetaminu je injekční aplikace (související často s rozvíjející se závislostí), kde účinek nastupuje prakticky okamžitě a je několikanásobně silnější. Vedle závislosti s sebou nese ještě další rizika spojená s injekčním užíváním v podobě infekčních onemocnění (HIV, HCV), kožních abscesů po opakovaném porušování integrity kožního krytu. Dalším fenoménem je možný vznik závislosti na jehle<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Skupina syntetických látek, sympatomimetik s psychostimulačním účinkem. Jedná se o třídu amfetaminů a látek podobných (např. fenmetrazin).

<sup>13</sup> Adrenergika jsou látky ovlivňující vegetativní nervový systém. Vyvolávají stejnou odezvu jako katecholaminy – noradrenalin, adrenalin, dopamin.

<sup>14</sup> Subjektivní pocit nutkání opakovat injekční aplikaci, obvykle intravenózně, s nebo bez aplikace psychoaktivní látky, bez ohledu na samotnou drogu, či její účinek. Fixace na jehle vzniká primárně díky klasickému operantnímu podmiňování (Hampl, 1985), na základě farmakologického fenoménu známého jako „nájezd“.

Hydrochlorid metamfetaminu je dostatečně prchavý při jeho zahřátí, proto je možno ho i kouřit. Průnik přes hematoencefalickou bariéru je rychlý a riziko vzniku závislosti též velmi vysoké, vyšší než u perorálního či intranasálního podání.

U pravidelných uživatelů metamfetaminu se vyvíjí poměrně rychle tolerance což zákonitě vede k potřebě zvyšování dávek. Iniciální dávka se pohybuje mezi 50-250mg, denní dávky mohou v případě rozvinuté tolerance překročit i 1g. Nejvyšší terapeutická dávka podávaná při indikované léčbě byla téměř 3x nižší než zmíněná iniciální dávka 50mg (Minařík, 2003).

Lipofilní charakter metamfetaminu usnadňuje již zmíněný průnik přes hematoencefalickou bariéru do jednotlivých tkání. Kumulativní schopnost metamfetaminu byla hodnocena prostřednictvím klinické studie (Volkow, Fowler & Wang, 2010). Radionuklidem  $^{11}\text{C}$  značený d-stereoizomer<sup>15</sup> metamfetaminu byl aplikován injekčně a maximální hladiny v plazmě bylo dosaženo po 50s při eliminačním poločasu 90s. Distribuce látky byla hodnocena metodou PET<sup>16</sup>, v nejvyšší míře se ukázala v ledvinách a plicích. Pak ve slinivce, žaludku a v játrech nejnižší koncentrace byly zaznamenány v srdci a v mozku. Rychlost záchytu v orgánech se ukázala být nejvyšší u plic a srdce (maxima dosaženo po 55 resp. 60s). Slezina, ledviny a slinivka vykázaly záchyt maximální koncentrace mezi 3-5 minutami, v mozku bylo dosaženo maximální koncentrace po 9minutách a nejpozději se metamfetamin dostal do žaludku a do jater až po 30 minutách (Volkow, Fowler & Wang, 2010).

Eliminační poločasy a *clearance*<sup>17</sup> ukázaly, že nejrychleji odbourávají metamfetamin plíce, i když v porovnání s hodnotou eliminačního poločasu krevní plazmy se ukazuje, že plíce mají výraznou akumulaci schopnost (i díky tomu, že jsou výrazně prokrveny) a díky transportérům pro monoaminy. Metamfetamin je chemicky strukturálně velmi podobný tělu vlastním monoaminům a díky vychytávání metamfetaminu tímto transportérem je u dlouhodobých uživatelů prokazatelně zvýšené riziko rozvoje plicní hypertenze (Montani, Seferian & Savale, 2013). Dalším orgánem, kde došlo k vysoké kumulaci metamfetaminu jsou ledviny. Vysoké hladiny metamfetaminu vedou k vylučování močí v jeho nezměněné podobě. Akumulace metamfetaminu ve slinivce může mít vliv na funkci lymfocytů a tedy k negativnímu ovlivnění imunitní odpovědi u dlouhodobých uživatelů.

I když jsou kardiovaskulární problémy častým komplikujícím jevem u dlouhodobých chronických uživatelů, byly maximální hladiny metamfetaminu v srdečním svalu oproti ostatním orgánům dost nízké, což se jeví v prvním přiblížení jako překvapivé. Přesto je zcela zřejmá přímá souvislost mezi průnikem do srdeční tkáně a prakticky okamžitému signifikantnímu zvýšení systolických i diastolických hodnot krevního tlaku. (Volkow, Fowler & Wang, 2010)

Nejpomaleji je metamfetamin vychytáván žaludkem a játry, akumulace je přesto vysoká a poločas eliminace dlouhý (75min). Vysvětlení vysoké akumulaci schopnosti lze nalézt v kyselosti prostředí žaludku (zatímco metamfetamin má bazický charakter).

---

<sup>15</sup> Molekula se shodným sumárním a konstitučním vzorcem (konstitucí), lišící se prostorovým uspořádáním (konfigurací) na jednom nebo více stereogenních centrech (obvykle asymetrických uhlíkových atomech). d-, d- formy jsou zrcadlové podoby stereoizomeru, otáčí rovinu polarizovaného světla doprava (+); d – forma, nebo doleva (-); l-forma. (Hugo & Vokurka, 2004).

<sup>16</sup> Pozitronová emisní tomografie – zobrazovací metoda umožňující na tomografických řezech zobrazovat rozložení a distribuci radiofarmaka v těle. (Kupka, Kubinyi & Šámal, 2007).

<sup>17</sup> Objem krevní plazmy očištěné ledvinami od indikátorové látky za jednotku času; veličina nepřímo zjišťující míru glomerulární filtrace.

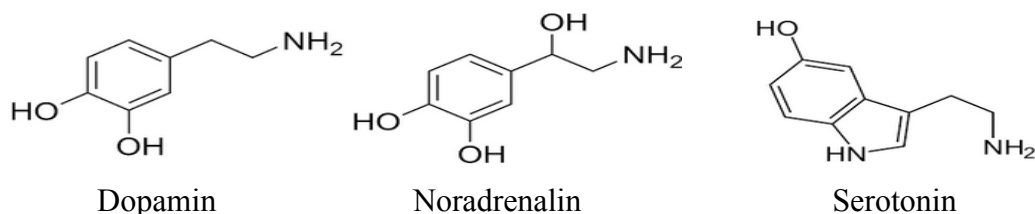
## 2.2 Farmakodynamika a akutní působení metamfetaminu

Metamfetamin, stejně jako amfetamin se řadí mezi nepřímá sympatomimetika<sup>18</sup> s účinkem periferním i centrálně stimulačním (Lüllmann, 2004). Vlastní účinek je dán strukturou, která je velmi podobná katecholaminům<sup>19</sup>. Podobné strukturální znaky má též serotonin, jehož hladiny jsou metamfetaminem výrazně ovlivňovány. Bloádou zpětného vychytávání přenašečů pro dopamin a noradrenalin je afinita k transportérům pro serotonin nižší. Tento fakt rozlišuje účinky amfetaminu od kokainu, neboť kokain má afinitu k transportérům pro všechny tři neuromediátory srovnatelnou (Howell & Kimmel 2008). Dopamin výrazně ovlivňuje chování závislého jedince (Howell & Kimmel 2008). Rozvíjí se tzv. mechanismus pozitivního posilování (Fišerová, 2003), kdy vyvolání příjemných pocitů po intoxikaci vede k opakovanému užívání drogy. Jedná se o euforické pocity, odstranění zábran, snížení strachu a zvýšení sebevědomí. Na rozvoji libých pocitů se podílí kortikolimbický dopaminergní systém, jehož soustavným ovlivňováním dochází také k navození zcela typického stereotypního chování. Existuje předpoklad účasti dopaminových receptorů na projevech schizofrenie (Lüllmann, 2004). Paranoidní myšlení, taktilní a sluchové halucinace jsou častým projevem předávkování nebo chronického dlouhodobého abusu (Bečková & Višňovský 1999).

Noradrenalin způsobuje projevy somatického charakteru. Stimulováním hladké svaloviny cév noradrenalin způsobuje vazokonstrikci, stimuluje srdeční činnost a zesiluje srdeční kontrakce a tím dochází ke zvýšení srdečního tlaku (Lüllmann, 2004). Toto působení implikuje stavy vedoucí až k přímému ohrožení života. Proto jsou při akutních intoxikacích podávána antihypertenziva ze skupiny betablokátorů, nebo blokátorů kalciových kanálů (Dvořáček, 2003). Vyšší hladiny vyplaveného noradrenalinu způsobují též mydriázu, pocení a hypertermii organismu.

Serotoninový systém v CNS ovlivňuje aktivitu dopaminových receptorů a tím tedy i chování ovlivněné hladinami dopaminu (Howell & Kimmel, 2008). Zvýšení hladiny serotoninu může vyvolat komplikující stav po užití metamfetaminu, tzv. serotoninový syndrom<sup>20</sup>. Další projev nerovnováhy serotoninu je rozvoj depresí. Na dlouhodobé zvyšování hladin neuromediátorů, tedy i serotoninu organismus v důsledku dlouhodobého abusu reaguje adaptačními mechanismy k zachování homeostázy. V CNS dochází k retitraci hladin neuromediátorů a tedy nastavení patologické rovnováhy. Po vysazení drogy se tato rovnováha naruší a projeví se abstinenční syndrom (Fišerová, 2003). Rozvoj depresí po náhlém vysazení drogy u dlouhodobých uživatelů lze tímto mechanismem částečně osvětlit.

**Obr. 6** Chemická struktura dopaminu, noradrenalinu a serotoninu (Vodrážka, 2007)



<sup>18</sup> Léky s podobným účinkem jako sympatický nervový systém (zvýšení krevního tlaku, zúžení cév, zesílení a zrychlení srdeční činnosti a rozšíření průdušek). Účinek závisí na typu adrenergního receptoru, na který působí (viz alfamimetika a betamimetika). Podávají se proto zejm. při šoku, resuscitaci (adrenalin, noradrenalin, dopamin), ve spreji u astmatiků (bronchodilatancia), v porodnictví (tokolytika) nebo místně (např. v nosních kapkách k omezení zduření nosní sliznice) (Hugo & Vokurka, 2004).

<sup>19</sup> Neuromediátory organismu vlastní.

<sup>20</sup> Klinický obraz zahrnuje svalovou rigiditu, hypertermii, výrazné změny stavu vědomí a vitálních funkcí (Katzung, 2006).



## 2.3 Chronické působení metamfetaminu

Jak bylo již zmíněno, při opakovaném dlouhodobém užívání metamfetaminu dochází k rozvoji tolerance. Tento jev vede k potřebě postupného navyšování dávek a často i ke změnám způsobu užívání, od intranasálního podání (sniffingu) k nitrožilnímu aplikaci (Nešpor, 2008). Oba atributy jsou spojeny s vyššími zdravotními riziky. Vzniká velmi výrazná tolerance na euforické účinky, na anorektické a sympatomimetické jevy se tolerance vyvíjí pomaleji. Kromě tolerance k účinkům se velmi rychle vyvíjí vysoký stupeň psychické závislosti (Bečková & Višňovský 1999). Častým důsledkem chronického abúzu metamfetaminu je vznik organického poškození mozku (organických psychosyndromů) a doprovázející demence toxické etiologie. Dlouhodobými komplikacemi jsou též přítomnost poruchy spánku, neklidu, podráždění, napětí, úzkosti, nauzei, zvracení a pocitu sucha v ústech. Důsledkem podvýživy je celková tělesná sešlost, viz obrázek 7. Objevuje se zjevný tremor, bolest kloubů a tíže na hrudi. Nezřídka vede chronické užívání k suicidálním tendencím. O psychotické poruše (toxické psychóze) s paranoidními stavy, bludy, halucinacemi a agitovaností bude podrobně pojednáno v dalších kapitolách.

**Obr. 7** Následky dlouhodobého užívání metamfetaminu. Vlevo před užíváním, vpravo po 2 letech užívání.

Zdroj [www.drogy.cz/pervitin/co-je-pervitin.html](http://www.drogy.cz/pervitin/co-je-pervitin.html)



Při vývoji drogové závislosti vznikají typické změny, které jsou označovány jako *amotivační syndrom*. Tvoří ho v základu tři symptomy: euforie, abúlie<sup>21</sup> a pasivita. Tato symptomatika se zvyrazňuje pokračujícím abúzem, kdy se stupňuje lhostejnost k vlastní osobě a k okolí. *Amotivační syndrom* může zahrnovat apatii, ztrátu výkonnosti, zúžení kapacity k realizaci záměrů a dlouhodobých plánů, sníženou frustrační toleranci, roztěkanost a obtíže při vykonávání rutinních činností. Závislý je se svým osudem zcela spokojen, smířen, dokonce i šťasten. Postupně ztrácí jakýkoliv kontakt s nejbližšími příbuznými, se školou, nedochází do zaměstnání.

Deteriorace osobnosti je pozorována u závislých po různě dlouhém zneužívání drogy, kdy příčinou postupně vznikajících změn je organické poškození mozku. Změny mají v počátku drogové kariéry reverzibilní charakter, později nabývají setrvávajících patologií a jsou prokazatelné histologickými změnami na buněčné úrovni a zobrazením mozkových lézí prostřednictvím MRI. Zpočátku se tyto změny projevují jen velmi diskrétně a v této fázi mohou být zachyceny pouze pomocí psychologických testů. Klinický obraz je charakterizován ztrátou iniciativy, ctižádosti, přiměřené živosti a zájmu o okolí, postiženy jsou i vyšší emoce. Ubývá diferenciovaných znaků osobnosti.

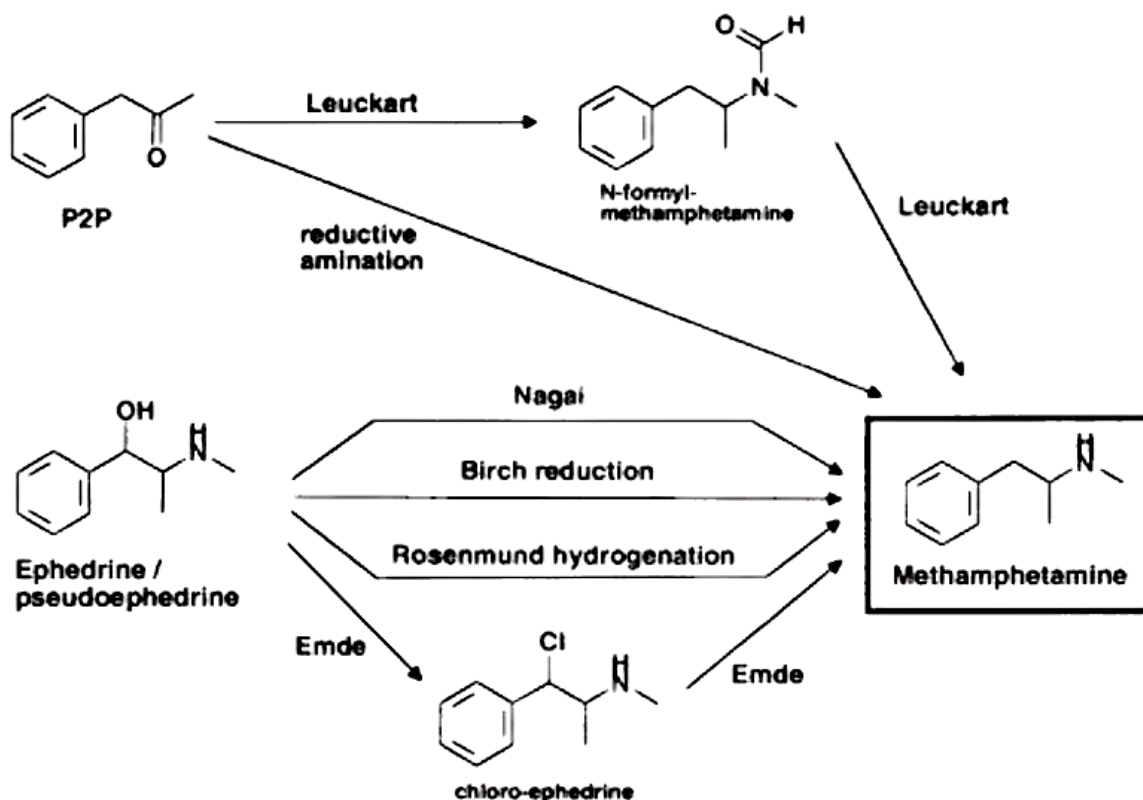
---

<sup>21</sup> Nedostatek vůle.

### 3 KVALITATIVNÍ ASPEKTY VÝROBY METAMFETAMINU

Existuje řada způsobů syntézy metamfetaminu (Remberg & Stead, 1999). Obrázek 8 ukazuje šest nejčastěji používaných způsobů používaných při ilegální výrobě metamfetaminu. Lze v zásadě rozlišit dva hlavní mechanismy syntéz. První je za použití 1-fenyl-2-propanonu (P-2-P) kdy se získá racemická forma<sup>22</sup> metamfetaminu využitím Leuckartovy syntézy<sup>23</sup> a následné redukční aminace; druhý vychází ze syntézy za použití opticky čistého l-efedrinu nebo d-pseudoefedrinu, jakožto výchozích látek, čímž se získá silnější d-metamfetamin. Mezi tyto reakční způsoby patří Nagaiova reakce<sup>24</sup>, Birchova redukce<sup>25</sup>, Rosenmundova hydrogenace<sup>26</sup>, cesta Emdeova reakce<sup>27</sup> (Remberg& Stead, 1999; Alm et al., 1992).

Obr. 8 Nejčastěji používané způsoby syntézy při ilegální výrobě metamfetaminu (UNODC)



V České republice se k výrobě metamfetaminu s převahou využívá různě modifikovaných podob Nagaiovy reakce, základem je substituční reakce pseudoefedrinu s kys. ortofosforečnou a jódem za vzniku iodo-efedrinu a následná redukce červeným fosforem za vzniku d-(pravotočivého) metamfetaminu, který se extrahuje a odpaří do podoby krystalického produktu. V roce 2015 byly zaznamenány i pokusy o Leuckartovu syntézu z benzylochloridu (NPDC, 2015),

<sup>22</sup> Chemická látka obsahující jak pravotočivý (d-forma), tak levotočivý (l-forma) enantiomer (stereoizomer)

<sup>23</sup> Reduktivní aminace ketonu (1-fenyl, 2-propanonu).

<sup>24</sup> Redukce efedrinu pomocí kyseliny jodovodíkové a červeného fosforu.

<sup>25</sup> „nazi method“ – redukce pseudoefedrinu anhydridem amoniaku a  $\text{Na}^+$  nebo  $\text{Li}^+$  iontů.

<sup>26</sup> Katalytická hydrogenace HCl a kovovým Zn.

<sup>27</sup> Redukce chloro- nebo bromoefedrinu  $\text{Pd}^{2+}$  nebo  $\text{Ba}^{2+}$  sulfátem.

jedná se však o zcela ojedinělé případy, z důvodů neznalosti a časové a technologické náročnosti výrobního postupu.

### 3.1 Příměsi a nečistoty jako další zdroj nežádoucích účinků

Aby bylo možné posoudit míru významu přítomných (nebo nepřítomných) nečistot v konečném produktu a vyvodit korektní závěry z podobnosti či naopak rozdílů v profilech nečistot, je velmi důležité pochopit chemii nedovolených procesů výroby drog, v zejména vlastní výrobní proces a chemickou stabilitu nečistot, význam jednotlivých nečistot pro danou syntézu a rozsah možných obměn v profilech nečistot drog syntetizovaných stejnou cestou. Tato informace může být získána jen provedením detailní chemické analýzy vzorků známého výrobního původu. Při neexistenci takových ověřených vzorků, souvislost mezi způsoby syntézy a doprovodnými nečistotami může být stanovena jen prostřednictvím řady kontrolovaných laboratorních experimentů, při různých způsobech syntézy používaných v tajných výrobních drogových laboratořích. Bylo zveřejněno jen velmi málo systematických vědeckých studií o amfetaminu syntetizovaném v kontrolovaných laboratorních podmínkách. Je značně obtížné duplikovat tajné výrobní metody, důvodů je několik. Především nedostupnost autentických nelegálních receptur, dále skutečnost, že množství dostupných reakcí pro kontrolované laboratorní experimenty je znatelně menší než je množství ve skutečnosti využívaných reakcí v ilegální výrobě (UNODC)<sup>28</sup>. V neposlední řadě jsou v laboratořích oprávněných pro kontrolované experimenty přijímány relevantní bezpečnostní opatření, na rozdíl od ilegálních výrobců, kteří často při výrobě ohrožují sebe, bezprostřední okolí a neřeší dopady jejich počínání na životní prostředí. Je skoro k neuvěření, že bez ohledu na výrobní způsob metamfetaminu vzniká až pětinasobek vedlejších (a často velmi toxických) produktů, tj. na 0,5 kg substance metamfetaminu vznikne 2,5kg odpadních produktů, které se dále nijak nezpracovávají a v nezměněné podobě končí ve vodovodním řadu<sup>29</sup> (Kasprzyk-Hordern, Richard & Dinsdale 2008; Thomas, Bijlsma & Castiglioni, 2012).

Důvody přítomnosti stopových nečistot jsou rozmanité (Remberg & Stead, 1999). Nečistoty mohou být generovány *de novo*, jako vedlejší produkty při výrobě léčiv; nebo již mohou být přítomny ve výchozích materiálech, reakčních činidlech / nebo rozpouštědlech, eventuálně mohou být přeneseny v nezměněné podobě do konečného výrobku. Dále mohou vzniknout z reakcí původních nečistot přítomných ve výchozích materiálech. Značnou komplikací může být přítomnost nečistot, které nesouvisí s výrobou drog, jako je neúmyslná vnější kontaminace, záměrné přidávání malého množství některých látek s cílem zlepšit "kvalitu" nebo "prodejnost" konečného produktu (například, přídavek ochucovacích činidel) a v neposlední řadě zavedení nečistot kontaminací „řeznými“ prostředky (Ng, 1992).

---

<sup>28</sup> United Nations Office on Drugs and Crime.

<sup>29</sup> Bylo měřeno celkové množství drog a intermediátů užívaných obyvateli zkoumaných měst a poté byly výsledky normalizovány na počet obyvatel. To znamená, že i metropole, jako je Londýn, může být přímo porovnávána s menšími městy, jako jsou Oslo nebo České Budějovice.

## 4 KLINICKÝ OBRAZ STAVU DLOUHODOBÉHO UŽIVATELE METAMFETAMINU

Stimulační účinky ovlivňují motoriku a psychické funkce. Dostavuje se pocit zvýšené výkonnosti, euforie, narůstá psychomotorické tempo až k agitovanosti a motorickému neklidu. Silné pocity souznění, intenzivní empatie a stimulace psychomotorické aktivity jsou příčinou skutečnosti, že metamfetamin bývá nezdědka používán i jako levná taneční droga. Současně má metamfetamin i anxiogenní účinky. Chronické užívání doprovází projevy organické mozkové poruchy s širokým spektrem projevů, která může rezultovat až v demenci. U uživatele často převažují depresivní projevy, pocity úzkosti, napětí, předrážděnosti a oscilace nálady. Objevují se poruchy paměti, soustředění, pozornosti a ztráta motivace.

### 4.1 Somatické komplikace

Výskyt somatických komplikací dílem souvisí s trvalou stimulací organismu k výkonu. Dochází k zatížení kardiovaskulárního systému, objevuje se zvýšené riziko arytmií, infarktu myokardu a cévních mozkových příhod. Obecně stimulancia vykazují anorektický efekt, trvale snížená chuť k jídlu a z toho vyplývající zanedbávání výživy spolu se zvýšenou aktivitou vedou často k vyhublosti až kachexii. Často se manifestují infekční komplikace a onemocnění (opakované porušování kožního krytu a vznikající abscesy, endokarditida, septické komplikace, hepatitidy, HIV) v důsledku oslabení imunity organismu, nesterilní aplikace drogy, zanedbávání elementárních hygienických návyků, sdílení osobních potřeb a promiskuity. Předávkování se projevuje hyperaktivitou, neklidem, úzkostí, drážděním sympatiku, mydriázou, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexií. Může dojít k hyperpyrexii, křečím a deliriu (Dvořáček, 2003). Akutně intoxikovaný vyžaduje neodkladnou komplexní intenzivní péči, kde je možno zajistit sledování a podporu vitálních funkcí. V případě intoxikace metamfetaminem se antidotum, na rozdíl od intoxikací opiáty a benzodiazepiny, nepoužívá (Svobodová & Václavík, 2006).

Neurologické komplikace zahrnující hyperkinetické extrapyramidové syndromy jsou častým obrazem projevu abúzu.

### 4.2 Psychické komplikace

Při dlouhodobějším intenzivním užívání se dostavují vedle fyzických i psychické komplikace. U predisponovaných jedinců se již při nízké expozici rozvíjí psychóza. Klinický obraz je poměrně rozmanitý, obecně je charakterizován neklidem, úzkostí, depresí, vztahovačností až paranoidně perzekučními bludy někdy doprovázenými halucinacemi. Zmíněné projevy jsou zkušenými uživateli označovány jako „stíhy“. Ve většině případů psychické komplikace odeznívají spontánně po přerušení abúzu (Minařík & Kmoch, 2015). V celku efektivně jsou v případě nutnosti zvládány běžnými antipsychotiky (risperidon, olanzapin aj.), při přetrvávání depresivních projevů SSRI antidepressivy (citalopram, sertralin aj.). K tlumení psychomotorického neklidu se nejčastěji podává tiaprid. Užívání stimulancií však může být jedním z katalyzujících faktorů schizofrenní poruchy. Diferenciální diagnostika a léčba je v těchto případech dosti svízelná, neboť nedodržení abstinence a špatná *compliance* v léčbě vede k častým relapsům (Svobodová & Václavík, 2006). Odvykací stav zahrnuje hlavně psychické potíže depresivní a úzkostné

symptomatologie a přetrvávající intenzivní chuť k užití drogy. Obtíže graduji 2.-4. den po přerušení užívání a trvají do 1 týdne, v mírné formě přetrvávají ještě týdny i měsíce. Zahrnují spavost, únavu, letargii nebo naopak napětí, psychomotorický neklid, dostavuje se silná touha po droze. Ohrožující jsou depresivní projevy doprovázené suicidálním rizikem (Minařík & Kmoch, 2015).

Dlouhodobí uživatelé metamfetaminu často vykazují katatonní formy chování; stereotypii, tj. především výkon určitých pohybových stereotypů (automatismů), buď zcela spontánních – manýrování, grimasování, vebigerace<sup>30</sup> či vyvolané podnětem, který postižený ozvěnovitě opakuje – echomatismy<sup>31</sup> (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, 1992), dále dystonii (vykroucenost) a choreu<sup>32</sup> – poškození striatu způsobující převahu dopaminergní transmise (Nevšimalová, Růžička & Tichý, 2005).

Další projevy objevující se u dlouhodobých uživatelů zahrnují tranzitorní kognitivní poruchy (je postižena zejména krátkodobá paměť), poruchy pozornosti, stavy nápadně připomínající ADHD<sup>33</sup> a psychotické reminiscence. I po vymizení psychotických příznaků může opětovně dojít k znovuzrození psychózy. Spouštěcím faktorem je vedle opětovného užití drogy často stres. (Hosák, Hrdlička & Libiger, 2009).

#### 4.2.1 Akutní úzkostná porucha a panická epizoda

Klinický obraz, byť je ve své podobě u různých subjektů jedinečný, může dobře demonstrovat i v případě uživatelů schéma na obrázku 9. Se změnou (užitím) může dojít ke stresovým reakcím, jejichž výsledkem je pocit ohrožení, nadměrná bdělost, zvýšená potřeba sebesledování. Okamžité emoční změny (úzkost, panika, strach) vedou k somatickým reakcím – tremor, svalový hypertonus, hyperventilace a následné ztrátě sebekontroly nad sebou a nad situací (gradace příznaků vedoucí k panické epizodě) (Faravelli & Pallanti 1986).

---

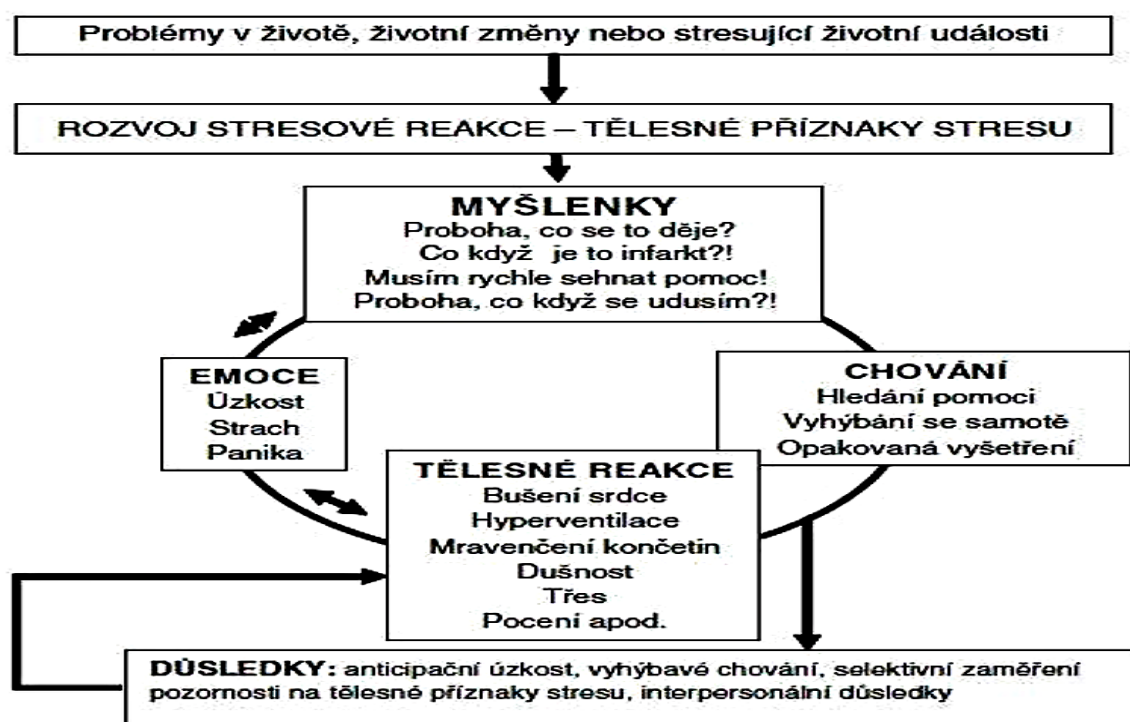
<sup>30</sup> Patologické opakování určitého slova, části slova, hlásky či zvuku.

<sup>31</sup> Chorobné napodobování konání, zahrnuje echopraxii (opakování činnosti a úkonů druhé osoby), echomimie (napodobování mimiky), echolálie (opakování slyšeného = papouškování).

<sup>32</sup> Náhodné a nepředvídatelné mimovolní projevy, krátké, rychlé a obvykle kroutivého rázu. Obvykle se zesilují při pohybu, řeči a emocích a to nejčastěji v orofaciální oblasti.

<sup>33</sup> Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nebo také hyperkinetická porucha patří mezi neurovývojové poruchy, projevující se od raného dětství, nejvíce však ve školním věku. V 40-50% procentech může přetrvávat do dospělosti, v tomto období se projevuje spíše než jako hyperaktivita vnitřním neklidem, impulzivitou a poruchou pozornosti (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

**Obr. 9** Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh fungování (Faravelli, 1986)



Vedle vyloučení příznaků jiných onemocnění (akutní kardiovaskulární komplikace, ataky neurologických záchvatovitých onemocnění, atp.) je třeba navázat kontakt s pacientem, zklidnit příznaky paniky – po navázání raportu pacienta je třeba vést ke zklidnění dechu pomocí kontrolovaného dýchání spojeného s Valsavovým manévrem<sup>34</sup>, eventuálně lze pacienta nechat dýchat do papírového pytlíku (American Psychiatric Association, 1998).

Dále pak následuje rozpuštění zbytkových příznaků pomocí relaxace, alternativou je podání diazepamů p. o. Prevencí rekurence záchvatu je především edukace pacienta o charakteru záchvatu a o možnostech jeho kontroly. Nejvhodnější je zmírnění pacienta pomocí řízeného dýchání. Začíná se tím, že je pacient instruován, aby na chvíli úplně přestal dýchat. Po 5 vteřinách následuje pokyn, aby zbytek vzduchu pomalu vydechl a pak se zhluboka dlouze nadechl a zatlačil vzduch do břicha. Břicho si může zatlačit do dlaně. Pacient znovu zadrží dech a tlačí své břicho do dlaně na cca 6 vteřin, ale i na déle, pokud to samozřejmě vydrží. Pak je třeba pacienta vést k tomu, aby velmi pomalu vydechl, jakoby výdech zdržoval. Stejným způsobem provede pacient 10-12 dechů (Porth, Bamhrah, Tristani & Smith, 1984). Většina příznaků mezitím odezní. Pokud zůstaly zbytkové příznaky jako jsou napětí svalů, třes, brnění v rukách nebo rtech, pocity křečí ve svalcích, je vhodné dále pacienta vést progresivní relaxací, která zpravidla odstraní i zbytkové příznaky. Poté, co je záchvat paniky dobře kontrolován, můžeme pacienta edukovat o charakteru záchvatu a možnostech jeho léčby.

#### 4.2.2 Akutní halucinatorně – paranoidní syndrom

Akutní halucinatorně – paranoidní syndrom, nebo též *toxická psychóza* je psychiatrické onemocnění zmiňované v souvislosti se zneužíváním stimulantů, nebo halucinogeny. Toto

<sup>34</sup> Usilovný výdech při zavřené hlasové štěrbině. Patří k vagovým manévřům, používá se k zrušení některých tachyarytmií dochází k zpomalení převodu v oblasti AV uzlu.

onemocnění bývá nejčastěji spojováno s látkami skupiny amfetaminů, kokainem a konopím. Jedná se o psychotickou poruchu podobnou schizofrenii, charakterizovanou kvalitativní poruchou vnímání a myšlení, rozdíl lze poznat obvykle až podle průběhu choroby a údajů v anamnéze. V klinickém obraze převažují různé podoby persekčního bludu (od podezření, sebevztažnosti), intrapsychické či verbální halucinace, až po komplexně vytvořený persekční bludný systém a paralogické myšlení, které bývá doplněno i paranoidní percepcí (sluchové, zrakové a taktilní halucinace a iluze), dezorientací a anxiétou. Nejprůzračnější náplní jsou fiktivní zásahy do myšlení a vůle postižených. Při závažnějším průběhu toxické psychózy může být jedinec nebezpečný sobě i ostatním, při delším trvání bludu dochází k vytvoření komplexního systému obranného chování, včetně ozbrojování (Dvořáček, 2015).

S ohledem na minimální spolupráci pacienta jsou ovlivňování poruchy stejně tak jako léčba obtížné. V akutní fázi lze pacienta klidnit pomocí relaxačních technik jen s malým úspěchem, terapie se proto často omezuje jen na farmakologické tlumení<sup>35</sup> a minimalizaci rizika ublížení sobě nebo okolí. Úskalí paranoidního ladění eliminace drogy jako taková nevyřeší, při chronickém abúzu přetrvává několik týdnů, i měsíce.

Některé psychické změny (např. v emotivním ladění) mohou přetrvávat i v době, kdy už jedinec drogu neužívá. Projevují se tzv. *flashbacks*<sup>36</sup>, tedy spontánní návraty halucinací a iluzí. Vracejí se mu i podobné emoce (např. pocit pronásledování), které v čase užívání prožíval.

---

<sup>35</sup> Používají se antipsychotika II. Generace, mající rychlý nástup účinku (risperidon, olanzapin, quetiapin) a nevyvolávají extrapyramidovou symptomatologii.

<sup>36</sup> Psychotické reminiscence – obvykle zrakové, ale mohou se týkat jakékoli smyslové oblasti, včetně vnímání času, prostoru a vlastní osoby.

## 5 TOXICKÁ PSYCHÓZA NEBO SCHIZOFRENIE?

Pro adherentní a úspěšnou léčbu je třeba důsledně rozlišit, zda-li se jedná o psychotickou poruchu vyvolanou užíváním stimulantů, nebo zda se jedná o jinou psychotickou poruchu spadající do endogenních psychóz schizofrenního okruhu. S ohledem na skutečnost, že většina příznaků je velmi podobná, není jednoduché – obzvláště ve fázi persistující toxické psychózy trvající déle než 6 měsíců, onemocnění stanovit, nicméně existují určité markanty, které mohou napomoci diferenciální diagnostice (viz tab. 1).

S přihlédnutím na relativně krátkou dobu trvání psychotických příznaků a nízké míře spolupráce postižených osob při výzkumu, nejsou v léčbě toxické psychózy k dispozici rozsáhlejší kontrolované dvojité zaslepené klinické studie, oproti studiím např. deprese, simplexní schizofrenie či demence. Odborník se při volbě terapie musí spokojit spíše s kazuistickými sděleními a kvalifikovaným názorem předních odborníků.

V diagnostických kritériích začíná porucha v průběhu užívání, nebo do dvou týdnů od skončení užívání látky, trvání příznaků psychózy je nad 48 hodin, ale ne déle než 6 měsíců. Oproti tomu endogenní psychóza (F20-F29) je diagnostikována, pokud psychotické příznaky nejsou způsobeny intoxikací psychoaktivní látkou, závislostí na ní, nebo odvykacím stavem a také somatickou nemocí.

Hranice mezi těmito diagnózami je nicméně neostrá a dle různých zdrojů např. mladí pacienti se schizofrenií užívají návykové látky až třikrát častěji než jejich zdraví vrstevníci (Příhoda, 2005). Podle dostupné literatury mohou mít především metamfetamin a konopné drogy souvislost s psychózami schizofrenního typu a považuje se za prokázané, že mohou působit jako spouštěče endogenních psychóz u disponovaných osob (Maršálek, 2008).

Tab. 1: Diferenciální diagnostika MAP a schizofrenie (Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009)

Příznak	MAP	Schizofrenie
Vztahovačnost	Obecná, vágní	Formované paranoidní bludy
Halucinace	Sluchové, zrakové	Sluchové, zrakové, taktilní
Kontakt s realitou	Vyšší	Nižší
Délka trvání	Obvykle do 1 týdne	Déle než 1 měsíc
Oploštělé emoce	I několik měsíců při abstinenci	Trvale
Rekurence	Rychlá po aplikaci MA, stresu	Pozvolnější, nižší vztah ke stresu
Odpověď na neuroleptika	Rychlá, dobrá	Pomalejší, méně uspokojivá

Rozdíl mezi MAP<sup>37</sup> a schizofrenií je pouze kvantitativní, spíše se jedná o kontinuum chorobných stavů. Psychóza indukovaná metamfetaminem může sloužit jako jeden z vhodných modelů schizofrenie při výzkumu jejích příčin a léčby (Hosák, Maixnerová & Valešová, 2009). Tabulka 1 na sedmi příznacích (vztahovačnost, halucinace, kontakt s realitou, délka trvání, negativní příznaky, rekurence a odpověď na léčbu) ukazuje na rozdíly obou diagnóz.

<sup>37</sup> Methamphetamine psychosis.



Na základě výsledků longitudinální studie sledující průběh metamfetaminové psychózy (MAP) po farmakologické léčbě, přetrvávající i po dlouhodobé abstinenci lze rozlišit tři typy MAP (Kazufumi, 2006): přechodnou/tranzientní (do 1 týdne), prolongovanou (trvající 1 týden až 1 měsíc) a persistující (trvající déle než 1 měsíc). U většiny postižených příznaky vymizí do jednoho týdne při současné antipsychotické léčbě, persistující psychóza se může vyskytovat u 17-40% psychotiků. Rizikovými faktory pro persistující MAP psychózu jsou perinatální komplikace, úraz mozku v anamnéze, poruchy učení v přítomnosti pak měkké neurologické příznaky<sup>38</sup> (Fujii, 2002).

Libiger uvádí, že toxická psychóza na rozdíl do schizofrenie může být provázena poruchou vědomí. Ta je jako kvalitativní porucha spojená s dezorientovaným neklidem, agitovaností a následnou amnézií. (Libiger, 2015). Bývá provázena charakteristickými zrakovými halucinacemi, méně sluchovými, které jsou naopak u schizofrenie velmi časté. Také inkoherece myšlení v mluvě pacientů je rozdílná, plyne z aktuálního chaotického zmatku a provázejí jí zmínky o halucinovaných scénách či dějích. Nicméně smysl řeči se dá snáze propojit se skutečností, která nástupu ataky psychotických projevů předcházela. U psychotické ataky se mnohdy vyskytuje blud zaměstnanosti.<sup>39</sup> U schizofrenie je inkoherece výsledkem rozvolnění gramatických i obsahových vazeb – ztrácí se logická struktura řeči, asociace se zakládají na nepodstatných, nebo bizarních spojeních mezi pojmy. Přes rozvolnění nebo ztrátu souvislosti v myšlení bývá u pacientů se schizofrenií naznačený v mluvě skrytý význam. Nebudí dojem od situace odtrženého blábolení, ale bizarního, nesouvislého a ne příliš srozumitelného sdělení. Dojmu, že inkoherece u schizofrenika je významná přispívá v řeči pacienta užívání symbolů, magických náznaků a souvislostí a častý výskyt novotvarů (Libiger, 2015).

Patofyziologii související s psychotickou atakou je obtížné stanovit, neboť amfetaminy ovlivňují více nervových systémů. Obecně platí, že psychotické symptomy vznikají kvůli inhibici přenašeče dopaminu ve *striatu* a v *nucleus accumbens*. Čím delší doba užívání předchází psychotickým projevům, tím více se snižuje koncentrace dopaminu díky inhibici dopaminových transportérů, s výsledným zvýšením dopaminu v synaptické šterbině (Thirithalli & Benegal, 2006). Užití metamfetaminu indukují uvolňování dopaminu zcela závisle na dávce. Navýšení dopaminergní aktivity může být v příčinné souvislosti s psychotickými příznaky, neboť použití blokátorů D2 receptorů<sup>40</sup> (např. haloperidolu) tyto příznaky často zmírňuje (Barnhorst, 2015).

Amfetaminem indukovaná psychóza byla použita jako model pro podporu dopaminové hypotézy u schizofrenie, při které je hyperaktivita dopaminu v limbickém systému a striatu spojená s psychózou. Nicméně, negativní příznaky běžně pozorované u schizofrenie (viz diferenciální diagnostika výše) jsou při amfetaminové psychóze poměrně vzácné.

Delirantní stavy způsobené amfetaminy mohou souviset s anticholinergní aktivitou, jak bylo pozorováno i v jiných třídách léčiv, jako jsou např. tricyklická antidepresiva, benzodiazepiny, sedativa a dopamin aktivující léky. Vedle toho, amfetaminy mění průběh REM spánkové fáze, ta se snižuje v průběhu intoxikace, k nástupu REM dochází při odnětí; Tento efekt se nakonec zcela mění cirkadiální rytmus a vede k poruchám spánku (Barnhorst, 2015).

Stimulanty indukované stereotypní jednání u malých savců a možná halucinatorní zkušenost u primátů byla využita jako výzkum modelu schizofrenní poruchy u lidí (Liebermann et al, 1990). Chronická odpověď na užívání metamfetaminu u zvířat byla rozdělena do dvou fází.

<sup>38</sup> Neurologické příznaky neukazující na lokalizaci v mozku.

<sup>39</sup> Složitě jednání a chování budící dojem nějaké činnosti.

<sup>40</sup> Existuje 5 podtypů dopaminových receptorů (D1-D5).

V první – iniciační – byla zvířata senzitivizována pravidelnými nízkými dávkami metamfetaminu, nedostačujícími k nastartování psychotické reakce. Fáze akutního projevu psychotické reakce nastala působením stresových faktorů nebo další jednorázové dávky stimulantů. V první fázi se ukázalo, že senzitivizace je blokována užitím antipsychotik.

Další studie, kterou provedli Castner a Goldman – Rakic (1999) zkoumala přerušované podávání zvyšujících se dávek metamfetaminu po dobu 12 týdnů následované jednorázovou stresovou dávkou (0,4-0,46 mg/kg). Rozšířená odezva v podobě halucinatorního chování, katatonie a motorických stereotypů byla zaznamenána po 5 dnech od vysazení. Primáti též vykazovali snížení odpovědi na nezávislé podněty možno indikující halucinatorní stavy v absenci užívání drog. Antipsychotika v tomto případě nebyla použita (Castner & Goldman – Rakic, 1999).

Z hlediska epidemiologie amfetaminové psychózy vyskytují častěji u jedinců bílé populace. U intravenózního užívání je výskyt toxické psychózy častější u mužů než u žen (poměr 4:3). U neintravenózního užívání je incidence toxických psychóz shodná u mužů i u žen. Nejčastější výskyt toxické psychózy se udává ve věkovém rozmezí 20-39 let i s ohledem na zneužívání amfetaminu na parties a v tanečních klubech (SAMSHA<sup>41</sup>).

---

<sup>41</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

## 6 SYSTÉM PÉČE O ZÁVISLÉ (NEJEN) NA METAMFETAMINU

Podrobný popis a rozbor jednotlivých typů léčby, vyjma komunitní, není předmětem rešeršní části práce, proto se autorka omezila na rámcové schéma a základní charakteristiku jednotlivých stupňů léčby/péče o závislé. Ve spodní části pomyslné pyramidy péče o závislé stojí *terénní programy*. Jedná se o první kontakt se službou, ve smyslu péče, se kterou se uživatel setkává. Smyslem těchto programů je především navázat kontakt s uživateli, cílem je pak vybudování důvěryhodného vztahu a motivace ke změnám v rizikovém chování. Přiměřenost intervence vychází se situace, ve které se klient nachází. Terapeutickým uměním je zvládnout pracovat s klientem ve všech stádiích kola změny<sup>42</sup>. Zejména v prvních stádiích je „předbírání“ na kole změny nežádoucí, neboť může klienta odradit, demoralizovat, nebo vést k přizpůsobení záměrům a přáním terapeuta. Dalším stupněm jsou *kontaktní centra*, kde již uživatel sám aktivně vyhledává pomoc. Jsou určena především k poradenství, základní zdravotní péče a sociální pomoci, výměnný program, možnost testování na HIV a panel hepatitid a edukaci o dalších rizicích spojených s užíváním drog. Výhodou obou výše zmíněných programů je jednoznačně je možnost anonymity klienta.

Dalším stupněm je již *odborná lékařská péče*, která již předpokládá motivaci klienta a ochotu ke změně v jeho chování a ve vztahu k užívání návykových látek. Zahrnuje *ambulantní programy* a denní *stacionáře*. Poskytují komplexní denní péči nerezidenčního charakteru. Tyto programy vyžadují velkou spolupráci ze strany klienta a jeho nejbližšího okolí. Motivace klienta musí být opravdu vysoká, neboť je zde velké riziko relapsu. Nicméně plynulé zapojení se do denního života je po ambulantní a stacionární péči rychlejší, neboť klienti jsou plně sociálně integrováni a jsou schopni fungovat v rámci každodenního života. Dále sem patří ústavní léčba probíhající v psychiatrických nemocnicích. Bývá obecně strukturovaná do čtyř fází (detoxifikace, seznamovací f., terapeutická f., fáze přípravy návratu do původního prostředí) a terapie v těchto nemocnicích většinou probíhá v uspořádání terapeutické komunity. Ústavní léčba je střednědobá a cílí především na uživatele s delší uživatelskou kariérou, případně pacienty s psychiatrickými komorbiditami (duální diagnózy) či jinými komplikacemi vyžadujícími kontinuální zdravotní péči. Střednědobá a dlouhodobá péče není v ČR poskytována jen zdravotnickými zařízeními, pro mnohé pacienty je z různých důvodů vhodná rezidenční léčba v terapeutických komunitách. Tomuto typu péče jsou detailněji věnované následující kapitoly.

### 6.1 Léčba v prostředí terapeutické komunity

Podle Kaliny je terapeutická komunita<sup>43</sup> strukturované zařízení, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace (Kalina, 2008). Terapeutická komunita nabízí bezpečný prostor pro růst a zrání, dějící se především prostřednictvím sociálního učení v kontextu

<sup>42</sup> Jedná se o šest stádií změn: prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, jednání, udržení změny a relaps (Miller & Rollnick, 2003). Každému stádiu přísluší motivační úkoly terapeuta, kterými je třeba posílat klienta dál, do dalšího stadia.

<sup>43</sup> Oficiálního uznání jako legitimní léčebné modalit pro uživatele návykových látek se TK dostalo v roce 2005 po schválení zákona č. 357/05 Sb. o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami. V něm jsou TK poprvé v historii definovány jako služba zdravotní péče.

vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Stálé napětí mezi realitou a terapií, v každodenním soužití na jedné straně a podporovaným monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé představuje terapeutický potenciál terapeutické komunity. Struktura a hierarchie a vymezující normy chování mají klienta naučit vnitřní kázni a novým sociálním dovednostem. V neposlední řadě je cílem terapeutické komunity znovunalezení a přijetí smyslu života. Opodstatnění vlastní existence by mělo klienta vést k sebeakceptaci a k poznání, že jeho život je nezanedbatelný pro prospěch společnosti. Dlouhodobá abstinence a sebekázeň vede klienta k nacházení vlastní důstojnosti, svobody, ale také zodpovědnosti. Mnoho klientů v době užívání postrádalo umění trávit volný čas a uvědomění si plasticity života ve společnosti, který přináší radost sobě i druhým. Klienta, který udělal a nadále dělá maximum pro svůj osobnostní rozvoj a sebepoznání, jde neustále vpřed a usiluje o změnu v podobě vedení kvalitního života lze označit jako úspěšného v komunitní léčbě.

Ústřední tezí terapeutických komunit pro drogově závislé je, *že závislý člověk je emočně nezralý a musí dospět*. Pevné ukotvení terapeutického vývoje v bezpečném a upevňujícím prostředí (Kalina, 2013) je nezbytným prediktorem úspěchu léčebného procesu. S ohledem na skutečnost, že tlak na opuštění nezralého chování ve smyslu „tady a teď“ je pro mnoho klientů velmi složitě přijímaný, terapeutická komunita využívá několik nástrojů prolomení obran a postojů, prostředků emočního otevření, konfrontačních přístupů, učení nápodobou a sebeřízením ve smyslu principu „act/do as if...“<sup>44</sup>.

Je třeba mít na paměti, že u žádné jiné skupiny klientů nedochází k tak markantní změně mezi životem před a po léčbě. Z tohoto důvodu je třeba dlouhodobého pobytu pro plné uplatnění terapeutického potenciálu komunity. Stejně tak je třeba vnímat skutečnost, že léčebný proces neřeší vše „jednou provždy“, po odchodu z terapeutické komunity zbývá klientům často mnoho nedořešených psychologických a vztahových problémů, kvůli nimž mohou vyhledat dříve či později další odborné psychoterapeutické či psychiatrické služby. V neposlední řadě proces životní změny klade velkou náročnost na přístup a individuální morální vklad klienta, ne každému se v prvním přiblížení podaří se s touto změnou vypořádat, proto odchody, návraty a opakované pobyty nebývají nijak neobvyklé (Kalina, 2013).

### 6.1.1 Význam strukturování léčebného pobytu

Strukturování pobytu do stupňů/fází je založeno na přístupu terapeutické komunity k dané cílové skupině klientů se specifickými osobnostními problémy. Význam strukturování lze spatřovat v následujícím:

- 1) Fáze změny a nácviku nového chování je třeba implementovat v přiměřených a zvládnutelných dávkách. Dlouhodobé cíle jsou zářamovány do kratších časových úseků, v nichž klient jím klient zvládne bez problémů porozumět. Dle De Leona se se jedná o klíčové problémy závislých klientů (uzavírání a plnění závazků, stanovení osobních a společenských cílů a dokončení započatých úkolů s odkládáním sebeuspokojení (De Leon, 2000);

---

<sup>44</sup> „Jednej jako by“ např. jednej jako bys byl člověkem, kterým chceš být, ne kterým si byl dosud. (Koyman, 1993) K nápodobě a nácviku tohoto konání mohou pomoci vzory v léčbě již pokročilejších klientů, případně terapeutů.

- 2) Stanovení jasných a konkrétních kritérií dosahování jednotlivých cílů v terminologii očekávaných postojů a chování. Dosažení cílů určité fáze je znakem pokroku klienta v léčbě;
- 3) Přítomnost nástrojů pro hodnocení a nastavení zrcadla klientovi ve smyslu sebehodnocení, sebeurčení stavu, kde se klient nachází ve struktuře pobytu a jak se vyrovnává s jejími požadavky. Tato sebereflexe je osvětlením sobě i druhým, kde se klient t.č. nachází a jak a na čem pracuje ve svém osobním rozvoji.

Fáze léčby jsou návodem pro změnu, průvodcem a indikátorem změny, nejsou však mechanismem, který změnu automaticky produkuje (Kalina, 2013). Volba přiměřené náročnosti procesu změny vyžaduje velké terapeutické umění a spolupráci celé komunity. Ani skutečnost individuálních rozdílů mezi klienty není důvodem pro speciální strategie, neboť by generovaly výjimky nebo mimořádnou pozornost na úkor ostatních. Spíše než velikost změny napomůže sledování dané skutečnosti změny a ochoty jednotlivce k procesu změny pokračovat zohledňuje tak vlastně individualitu jednotlivého klienta.

### 6.1.2 Terapeutická komunita ve funkci náhradní rodiny

Na korektivní rekapitulaci primární rodiny jakožto jeden z účinných faktorů skupinové psychoterapie v podání Yaloma, tzn. přítomnosti bezpečného prostředí, přijetí, péče, pocitu sounáležitosti a podpory je třeba pohlížet jako na jeden ze základních předpokladů fungování klienta v terapeutickém procesu (Yalom, 2007). Ztracená či neexistující rodina klienta je suplována jeho členstvím v terapeutické komunitě, ve smyslu důsledků z rodinného soužití vyplývající. Přílišná doslovnost má však své hranice a rizika. Vymezení vztahu klientů a terapeutů ve smyslu dětí a rodičů limituje růst jednotlivce i celého společenství. Též autoritativní vyzdvihování atributů otcovského principu ve smyslu morálky, spravedlnosti, řádu, zákona a struktury nese riziko znehodnocení tohoto principu, ve smyslu degenerace společenství. Neboť čím více pravidel určitá komunita má, tím menší je v ní prostor pro sociální učení (Kalina, 2013). Autonomii jednotlivce a jeho prospěch může zajistit jen fungující společenství. Tak jako v biologických rodinách zde může docházet k napětí, avšak jeho úspěšné zvládnutí vede k následné úspěšné integraci klienta do společnosti.

### 6.1.3 Terapeutická komunita jako hnací motor osobnostního růstu

Tak jako při sociálním učení v prostředí běžného života, komunitní život očekává od jedince rozvoj a pevné ukotvení mechanismů a hodnot potřebných pro normální fungování ve společnosti. Jedná se především o *převzetí zodpovědnosti za vlastní chování* – a to ve smyslu Yalomova procesu interpersonálního učení ve skupinové terapii, pomáhání druhým ve smyslu účinných faktorů skupinové terapie dle Kratochvíla (Kratochvíl, 2005), obdobně faktor altruismu (Yalom, 2007). Mnoho klientů trápí pocity méněcennosti a tím, že pomáhají druhým se jejich sebezpojetí může vylepšit. Nízké sebehodnocení obecně patří k osobnostním charakteristikám většiny klientů, prostředí komunity skýtá mnoho možností, kterak prostřednictvím angažovanosti, kreativity a pomoci druhým postupně dospět k postupnému *zvyšování sebeúcty* (Koyman, 1993). Díky postupným změnám v hodnotovém žebříčku prostřednictvím uplatňovaných norem a morálních hodnot, získaných v terapeutické komunitě dochází k jejich zvnitřnění, pokud je klient

dokáže nadále účinně aplikovat do životního procesu, může se jeho život stát bohatším a svobodnějším (Kratochvíl, 1979).

Terapeutická komunita prostřednictvím krizových momentů nabízí klientovi možnost změny v učení ať již konfrontací či naopak pocitem sounáležitosti. *Konfrontace* často vede k porozumění vlastního chování a ruší dojem, že problém jednotlivce je jedinečný. Toto povědomí podporuje rozvoj důvěry a sebejistoty (Koyman, 1993). Zpětná vazba, verbalizace jako součást zvědomení a zpracování emocí a korektivní emoční zkušenost vedou k lepšímu porozumění okolí vůči jedinci a objektivnímu připsání vlastních slabostí a chyb.

Dynamika procesů v terapeutické komunitě vede k rozvinutí pozitivních prvků chování, ve smyslu konfrontace těch negativních u okolí, poskytování a přijímání kritiky a z toho plynoucí faktor *pozitivního tlaku vrstevníků*. Kritika jako projevené zprostředkování emocí či naopak vlastní potlačované emoce, často spojené s traumatizujícími zážitky v minulosti a jejich svobodné projevení v terapeutické situaci vede k *učení porozumění a vyjadřování vlastních emocí*. Emoční uvolnění, katarze, sebeodhalení či sebeprojevení jsou pak prostřednictvím objevení a vyjádření těchto faktorů bývá pro klienty zcela novým a objevným zážitkem.

*Transformace negativních postojů k životu v postoje pozitivní* vychází z negativního sebepojetí a negativních postojů vytvářených v raném dětství, kdy jim zřejmě pomáhaly přežít, ale v dospělosti bývají velkým handicapem. Pro překonávání tohoto patologického sebepojetí se často využívá principu „do as if“ (Kalina, 2013).

Život v terapeutické komunitě dává návod jak zlepšit *vztahy s původní rodinou*. V některých terapeutických komunitách je práce s rodinou přímo součástí léčby, nebo se jedná o symbolickou, nepřímou práci v psychoterapeutické skupině<sup>45</sup>. Zlepšení stavů s původní rodinou lze pokládat za rozvoj adaptivní spirály, která se rozvíjí z terapeutické situace do interpersonálních a sociálních vztahů klienta v jeho přirozeném prostředí (Koyman, 1993).

#### 6.1.4 Odborná péče v terapeutické komunitě

Multidisciplinární charakter personálu představuje škálu různého formálního vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, adiktologické, lékařské). Terapeuti jsou absolventy specializovaných terapeutických výcviků (skupinová či individuální psychoterapie) a oplývají různými praktickými dovednostmi a zkušenostmi uplatňujícími se např. v pracovní terapii či arteterapii. Zcela zásadní pro práci s klienty jsou osobnostní vlohové (Kalina, 2015). Doporučené etické směrnice přímo zavazují členy týmu chovat se jako vyzrálý, pozitivní vzor dospělosti pro klienty (Kalina, 2000).

Profesní etika je prostředek regulace chování a jednání jednotlivých osob tvořících pracovní kolektiv tak, že dotyční jsou při svém výkonu povolání vázáni dodržováním určitých etických pravidel. V případě pracovníků terapeutických komunit se jedná o profesní zásady přijaté v roce 2003, kdy se Etický kodex<sup>46</sup> terapeutických komunit stal závazným dokumentem pro všechny pracovníky sdružené v této oblasti.

<sup>45</sup> Využívá například techniky psychodramatu.

<sup>46</sup> Vychází z materiálu Evropské federace TK a je rozdělen na tři části: V první části je přiblížen etický kodex personálu, část druhá je věnována právům klientů a část třetí standardům a cílům terapeutických komunit.

Základním nositelem změny je vztah klient – komunita. Tento pilíř má zásadní význam a je trvalou snahou terapeutů komunit, aby klienty přinášeli svá témata do skupin a neřešili je formou individuálních konzultací.

V zahraničních terapeutických komunitách je poměrně běžné, že terapeutický personál tvoří i bývalí uživatelé drog. Užívání drogy v minulosti a prodělaná léčba nemohou být jedinou kvalifikací ex-usera pro práci v terapeutické komunitě (Adameček & Radimecký, 2015). Nezbytnost dalšího profesního vzdělávání, osobnostního i odborného růstu jsou podmínkou nutnou, nikoli dostačující pro jejich plnohodnotné působení v roli komunitního terapeuta.

### **6.1.5 Komunitní péče o závislé na stimulanciích**

Původní komunity představovaly péči především pro heroinovou klientelu, případně pro uživatele více návykových látek. Závislost na amfetaminech má jinou neurobiologickou podstatu, obecně se hovoří o závislosti psychické oproti somatické závislosti na opiátech (Minařík, 2003), nicméně do léčby v terapeutických komunitách se to nijak zvlášť neprojikuje. Typ drogy v charakteru komunitní léčby prakticky nerozhoduje, není tématem modifikace modelu TK a přístup ke klientům není nikterak diferencován. Rutinní statistiky neumožňují porovnání vstupních charakteristik průběhu a výsledku léčby u heroinové a metamfetaminové klientely.

Problematika toxických psychóz představuje ryze individuální přístup, klienti s akutní symptomatikou nejsou do TK přijímány, ev. při dekompenzovaném či progredujícím stavu se vrací do psychiatrické hospitalizační péče. Neakutní přetrvávající, resp. odeznívající podoby psychóz v podobě mírnějších paranoidit, klasifikovaných jako sociální úzkost, jsou pro léčbu v TK akceptovány, uvádí se, že prostředí terapeutické komunity jí příznivě ovlivňuje (Egelko & Galanter, 1998).

# VÝZKUM

## 7 CÍL VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Cílem diplomové práce je popsat individuální případy manifestace psychózy prostřednictvím pěti klientských příběhů a prozkoumat proces psychické rekonvalescence a ústup klinických projevů v čase u klientů s perspektivou úplného zotavení. Jak bylo zmíněno již v počátku této práce, kvalitativní výzkum fenoménu metamfetaminové psychózy může mít ambici nalezení či přesnějšího definování hranic mezi vlastní toxickou psychózou a endogenními psychózami schizofrenního okruhu.

Pro dosažení cíle formuluji následující výzkumné otázky:

- 1) Je možno explicitně definovat vztah mezi délkou, intenzitou užívání a manifestací toxické psychózy?
- 2) Lze kvalitativně/semi-kvantitativně postihnout proces odeznívání psychotických příznaků v čase?
- 3) Ovlivnil prožitek toxické psychózy se všemi jeho důsledky klientův postoj k úplné abstinenci od drog?
- 4) Shledává klient vlastní perspektivou potenciální možnost vlivu komunitního prostředí na proces psychické rekonvalescence?

### 7.1 Případová studie jako metoda kvalitativního výzkumu

Případová studie je jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. Centrem pozornosti je případ. Fenomén, který se objevuje v určité vymezené hranici a v daném kontextu definují Miles s Hubermanem (1994) jako případ. Analýza jednotlivých případů v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu se může přispět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak skýtá možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Mayring, 1990). Strategie případové studie se jeví jako vhodná tehdy, když záměrem je pokládat výzkumné otázky typu *jak a proč* a současně existuje možnost jen malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi (Yin, 1989). Pokud je zkoumaný problém aktuální a v reálném životním kontextu je žádoucí využívat více zdrojů důkazů, tím spíše, pokud hranice mezi případem a kontextem nejsou příliš jasné. V případě diplomové práce autorka zvolila sérii jednopřípadových studií (klinických kazuistik). Kazuistika představuje podrobnou studii jedné osoby, ve které se autor zaměřuje na různé oblasti jejího života a snaží se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 2005). Ponoření se do hloubky jednoho fenoménu autorovi umožňuje důkladné porozumění zkoumaného. Případová studie není jen nástrojem pro rozšiřování teoretického zázemí četných disciplín, ale dokáže především posloužit jako nástroj edukace praktických dovedností pro studenty i zkušené praktiky daného oboru.

Výchozím požadavkem strategie případové studie je jasně formulovaný výzkumný problém a cíl výzkumu a od toho se odvíjející nutnost zdůvodnit ohraničení a definování případu.



Musí být tedy explicitně vyjádřeno, co je vlastně případovou studií zamýšleno, čemu má sloužit. Definování případu současně představuje výchozí bod pro jakoukoli budoucí analýzu.

V případě strategie případové studie je vhodné postupovat v následujících krocích:

- 1) Položit výzkumnou otázku vycházející z cílů studie;
- 2) Definovat případ odpovídající zvolenému teoretickému rámci;
- 3) Zvolit vhodnou strategii výběru vzorku odpovídající definici případu;
- 4) Definovat metody tvorby dat;
- 5) Deklarovat způsob hodnocení a analýzy dat;
- 6) Vymezit kritéria interpretace výsledků;
- 7) Uplatnit kontrolu validity a zpětnou reflexi;
- 8) Navrhnout a realizovat závěrečnou zprávu.

Základním požadavkem strategie je, aby důvody k různým úpravám výše uvedeného obecného schématu, a např. i méně tradičním pojetím, měly své pevné zakotvení v podobě zdůvodnění, tj. aby byly otázkou volby výzkumníka s cílem usnadnit či kvalitněji realizovat určitý krok a nebyly spíše důsledkem nedostatečné připravenosti (Miovský, 2006).

Zdůraznění komplexnosti celého případu, souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu, kontextu historicko-biografického pozadí, a dále hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí je základním předpokladem validního konceptu kvalitativního zkoumání.

## 7.2 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Výzkumný soubor tvoří 5 klientů terapeutické komunity, kteří započali léčbu v období listopadu 2015 až května 2016. Plánovaným záměrem bylo vytvořit časovou osu vývoje toxické psychózy, jejích klinických projevů a změn a pokusit se o deskriptivní průběh s ohledem na zmíněné parametry užívání. Pro daný výzkum autorka zvolila kombinaci nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru a to prostý záměrný (účelový) výběr, spočívající v cíleném vyhledávání účastníků podle jejich určitých vlastností a záměrný účelový výběr přes instituce (Miovský, 2006). V souladu s metodou prostého záměrného výběru na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledávala pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Prostý záměrný výběr pak spočíval v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií autorka spolu se školitelem práce vybrala mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí. Tento způsob výběru byl na místě zejména proto, že se nejedná o příliš velký potřebný soubor a osoby náležející do základního souboru byly snadno dostupné. Metodu záměrného (účelového) výběru přes instituci, kdy autorka využila činnosti a služeb instituce určené pro cílovou skupinu, která byla předmětem výzkumného zájmu, autorka volila zcela objektivně z důvodu efektivity času a nákladů na výzkum.

**Tab. 2 Charakteristika výzkumného souboru**

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Vzdělání	Doba užívání	Léčba v pořadí
R1 Adam	muž	23	19.2 (MA, THC) F61	SŠ	5let	první
R2 Broněk	muž	24	19.2 (MA, THC, alkohol) F60.8	ZŠ	8let	první
R3 Cyril	muž	21	19.2 (MA, THC, alkohol)	ZŠ	5let	první
R4 Denis	muž	22	19.2 (MA, THC) F61.1	ZŠ	8let	druhá
R5 Ema	žena	29	15.2	ZŠ	9let	druhá

### 7.3 Metody získávání ( tvorby) dat

Použití tohoto termínu není náhodné a má podtrhnout fakt, že při uplatnění metod pro získávání kvalitativních dat se výzkumník přímo podílí na tom, jak kvalitativní data získá, a ovlivňuje jejich vznik (Richardson, Wilson, Nishikawa & Hayward, 1995). Za účelem zvýšení validity výzkumu autorka volila kombinaci několika metod tvorby dat, přičemž za stěžejní považuje následující metody: narativní rozhovor (Patton, 2002) a metodu životní křivky (Blažek & Olmrová, 1985). Tyto doplnila o metodu zúčastněného pozorování (Hendl, 2005) a práci s lékařskou dokumentací (anamnestickými daty klientů – údaji z patientských karet).

#### 7.3.1 Postup realizace rozhovoru

Po fázi výběru klientů, která probíhala pod vedením školitele diplomové práce, se autorka setkala s pěti vybranými klienty, kteří splňovali kritéria pro plánovaný výzkum. Rozhovory probíhaly v období od poloviny července do konce srpna 2016. V rámci výběru místa setkání autorka vycházela z přání respondentů, tak aby místo rozhovoru bylo pohodlné, nabízelo pocit bezpečí a výtěžnost rozhovoru s ohledem na komfort klienta byla maximální. Pokud klienti neměli jiné preference (rozhovor venku), byla využívána malá komunitní místnost, poskytující v prostředí jinak živého komunitního objektu klidné místo bez rušivých vlivů.

Fáze osobního setkání probíhala v následujících bodech:

- 1) Přivítání: Snaha autorky výzkumu o nastolení neformální přátelské a především nehierarchické atmosféry tak, aby dávala klientovi bezpečí a pohodlí;
- 2) Objasnění kontextu výzkumu: autorka jasně a srozumitelně vysvětlila záměr diplomové práce s tím, že výsledky budou použity jen pro studijní účely. Tímto objasněním se snažila co nejvíce vyhnout nesprávnému pochopení toho, co se bude s údaji dít a jak s nimi bude nakládáno<sup>47</sup>;

<sup>47</sup> V literatuře známo jako „*wrong framing*“. Může mít za následek nežádoucí skryté efekty v rozhovoru (Wengraf, 2001).

- 3) Sdělení o nakládání s informacemi: Autorka informovala klienty o změně identifikačních údajů (jméno, bydliště, jména dalších osob figurujících v příběhu). Autorka nabídla, že v případě přímých citací lze do nich předem nahlédnout;
- 4) Sdělení o době trvání rozhovoru: Původní časová dotace byla stanovena na 60 minut. Často byla tato doba i na žádost klientů (i několikanásobně) prodloužena;
- 5) Životní křivka: Po úvodních formalitách rozhovoru autorka klientům předložila volný list papíru a tužku s instrukcí, aby pokud možno co nejautentičtěji zobrazili svůj život tak, jak šel. Autorka vyzvala klienty, aby na křivce vyznačili významné životní momenty a pokud se chtěli zvláště věnovat fragmentu křivky související s užíváním, či jí dokonce nakreslit zvláště, necht' tomu tak učíní;
- 6) Výzva k vyprávění: Po načrtnutí křivky autorka vyzvala klienta, aby ji představil a povyprávěl svůj příběh se zaměřením na vyznačené významné body. V této fázi se autorka snažila do rozhovoru zasahovat zcela minimálně;
- 7) Fokus na období toxické psychózy: V průběhu rozhovoru autorka nechávala prostor pro jakákoli vyjádření, nicméně směřovala specificky na období nejsilnějších projevů toxické psychózy;
- 8) Ukončení rozhovoru: závěrem rozhovoru se autorka snažila pozvolna přecházet na neutrální témata, tak aby ukončení rozhovoru bylo plynulé;
- 9) Poděkování: po ukončení rozhovoru autorka poděkovala za strávený čas a ocenila ochotu a snahu při vyprávění;
- 10) Dotaz na další spolupráci: Autorka zjišťovala, zda-li by klient byl ochoten absolvovat případně ještě jeden kratší rozhovor s případným upřesněním nejasností, které nebyly podchyceny přímo ve fázi rozhovoru.

Fáze po rozhovoru představovala sepsání reflexe průběhu rozhovoru, obecných dojmů, emocí a porovnávání s ostatními rozhovory. Autorka pak podrobně přepsala záznamy z rozhovoru a utřídila je do interpretovatelné podoby.

Po rozhovoru následovaly ještě volně položené otázky týkající se psychosenzorických komplexních parciálních syndromů (dotazy na organoleptické halucinace, mikrozoopsii, neuropatie, bolesti hlavy, výpadky paměti, soustředění, panické ataky, hněvivost atd.) a disociativních zkušenosti – absorpce, amnézie, depersonalizace, derealizace, distorze reality. Na pořadí dotazů nezáleželo, klient v průběhu rozhovoru často opět volněji asocioval. Za velmi důležité autorka považovala proces *inquiry*, tedy následné dotazování k upřesnění a vysvětlení jednotlivých odpovědí. Doplnující otázky, předpokládáno, mohou dotvářet kontextuálně vázané informace, které dotvoří rámec zadání problému, který autorku zajímal. Na konci rozhovoru se autorka ptala na vliv komunitního prostředí (reakce okolí na klientovy případné projevy), vlastní vnímání průběhu léčby v komunitním prostředí, případné změny v klientově současném stavu a rozpoložení s ohledem na vnější působení ostatních členů komunity.

### 7.3.2 Textové dokumenty jako zdroj získávání kvalitativních dat

Mezi tyto dokumenty patřila anamnestická data ze zdravotnických karet pacientů/klientů. Tyto materiály existují nezávisle na výzkumné činnosti a výzkumník je pouze shromažďuje. Nelze tedy jakkoli zasáhnout do jejich charakteru či je jakkoli měnit. Identifikace relevantních dokumentů je nedílnou součástí analýzy informací. Předpokládá se, že zdroje dat budou odrážet komplexnost povahy případové studie (Mayring 1990). Proto autorka, s ohledem na dostupnost a využitelnost zdrojů, zhodnotila jako relevantní využít lékařské zprávy klientů (objektivní odborné posouzení

aktuálního stavu klienta), případně jiných doplňujících informací terapeutického týmu a klientův životopis. S těmito materiály autorka pracovala po celou dobu výzkumné části diplomové práce, vytvářela z nich vlastní zaslepené poznámky a s údaji nakládala v souladu s etickými aspekty, viz kapitola 7.6. Autorka od počátku pracovala s daty s jasným záměrem, že studium těchto zdrojů nabídne odpovědi na klientem nezodpovězené otázky a může eventuálně dokreslit celkový obraz klinické situace.

### 7.3.3 Metoda životní křivky

Klient byl na začátku rozhovoru vyzván, aby na zcela čistý papír zachytil svůj život „tak, jak šel“ s důrazem na krizové období související s užíváním a především s toxickou psychózou a do nakreslené křivky vyznačil významné události. Po náčrtu křivky opět proběhlo *inquiry*, tedy podrobný popis co jaký úsek znamená, proč ho respondent vyznačil tak a ne jinak. U křivky je sledováno proporční vyjádření jednotlivých částí (úseků). Respondent je vždy elementární zdroj interpretačního rámce, bez jeho přispění lze s křivkou pracovat jen velmi obtížně a výsledek nemůže nikdy dosáhnout patřičné validity (Miovský, 2006).

V průběhu rozhovoru se autorka s klienty ke křivce opakovaně vracela, některé momenty byly upřesňovány, objevila se dokonce i „slepá místa“ ve smyslu nejistoty výpovědi o daném časovém období.

### 7.3.4 Metoda zúčastněného pozorování

Metoda zúčastněného pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. V případě daného výzkumu jde o část v ilustraci případových studií, kdy popisují klientovo chování v léčbě. Výhodou zúčastněného pozorování je především to, že pozorovatel má bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat co, jak a proč dělají, jaká je jejich perspektiva pohledu na zkoumaný jev atd. Výzkumník může dosáhnout většího vhledu do celé situace s množstvím kontextově vázaných informací (Miovský, 2006).

## 7.4 Metody zpracování dat

Získaná kvalitativní data z narativního rozhovoru byla autorkou zapisována (vč. hojných citací, které autorku v průběhu vyprávění zaujaly), poté znovu přepsána a systematizována. V souladu s metodikou diferenciální diagnostiky a diagnostických nástrojů u psychotických pacientů (Češková, 2012) autorka využila ke konci rozhovoru volného dotazování se základními pilíři otázek z validizovaného dotazníku CPSS – psychosenzorických komplexních parciálních syndromů (Bernstein & Putnam, 1986). Pro záznam procesu pozorování byl použit Vernonův záznamový arch (výčet vyskytujícího se chování), který autorka vyplnila bezprostředně po rozhovoru a je přílohou této práce. S ohledem na absolvovanou stáž v komunitě autorka využila i bohaté zkušenosti a prožitky ze situací každodenního života, přítomnosti na komunitních setkáních a terapeutických skupinách, kterých se v průběhu stáže zúčastnila.

## 7.5 Metody analýzy dat

Pro analýzu kvalitativních dat autorka využila kombinaci několika metod. Kvalitativní metodologie nabízí několik nástrojů porozumění zkoumaného fenoménu. V této diplomové práci byl stanoven plán postupovat dle fází popsaných Milesem a Hubermanem – kódování, archivace dat, propojování, komentáře a doplnění, závěry a verifikace a z toho výsledné budování homogenního interpretačního rámce příp. grafické mapování (Miles & Hubermann, 1994). Další analýzu kvalitativních dat autorka využila především narativní analýzu a dílčí metodu zachycení vzorců.

### 7.5.1 Způsoby analýzy dat

Analýza dat byla rozdělena do jednotlivých dílčích fází (Miles & Hubermann, 1994). První fázi autoři nazvali kódováním získaných dat. Klíčová slova či symboly přiřazovali k částem textu tak, aby se snáze dalo pracovat s většími významovými celky, právě prostřednictvím vzniklých kódů. Jedná se vlastně o identifikaci a systematické označování významových celků dle vytvořených kritérií.

Dalším krokem je archivace kódovaných dat uchováním zakódovaného i původního textu jako organizované homogenní databáze. Archiválie se vyskytují v papírové a/nebo elektronické podobě. Následuje fáze propojování, tedy vytváření a identifikace kategorií, trsů apod. vzájemným propojováním jednotlivých částí ve větší celky. Následně jsou k datům dopisovány komentáře vhodně extendující již existující data či je uvádí do kontextuálních vztahů upřesňujících analýzu (fáze komentářů a doplnění). Údaje jsou posléze interpretovány a je ověřována jejich platnost. Hledají se opory pro zvolený interpretační rámec, nacházejí se alternativy tomuto rámci a definují se jeho výhody a nevýhody (fáze vyvozování a verifikace). Předposledním krokem je vytváření homogenního interpretačního rámce, v němž jsou zjištěné poznatky detailně popsány a vysvětleny (fáze budování teorie). Fázování analýzy dat končí vytvářením diagramů, modelů, schémat atp., které graficky znázorňují výslednou podobu teorie, která byla v průběhu studie budována (fáze grafického mapování).

### 7.5.2 Narativní analýza

Základním principem narativního přístupu je zkoumání lidského příběhu. Příběh je určitým vyjádřením způsobu organizace našich zkušeností a narativitu lze pojímat jako symbolizovaný záznam jednání, mající časovou dimenzi (linearitu, příběh, vyprávění), určité uspořádání naší žité zkušenosti (významově strukturální dimenzi, první interpretační plán), ale také oblast komponovaných imaginací (ať již na vědomé či nevědomé úrovni) vkládaných do těchto příběhů (Čermák, 2004). Narativní přístup odmítá existenci jedné pravdy o lidské realitě, jediné správné interpretace lidského jednání. Nehledá universální pravdu či pravidla přesahující kontextuální omezení. Příběh se vytváří okolo jádra faktů nebo životních událostí a vytváří tak prostor pro svobodu individuality, kreativity, volby, doplnění a posunutí důrazu. Využitím narativního přístupu k výzkumu lze získat mnoho důležitých aspektů, komplexitovnost dat, nikoli pouze jednotlivé útržky ze života a v číslech. Přichází se o determinismus, tím se ale naopak vstupuje na pole indeterminismu, jelikož zkoumaná skutečnost je nepředpověditelná, navíc výzkum sám o sobě představuje zásah do zkoumané skutečnosti, čímž ji může významně měnit. Dochází

k nalézání důležité perspektivy, více různých pohledů na jednu věc. Výzkumník se často sám stává účastníkem výzkumu a má možnost sdílet zkušenost s ostatními participanty. S tím souvisí i tzv. participativně-dialogická interpretace, kdy interpretace zjištění je závislá na zpětné vazbě participantů výzkumu a tvoří se v dialogu mezi výzkumníkem a respondentem. Pojem validita je zde nahrazen širším pojmem důvěryhodnosti zjištění (Čermák, 2002). Cílem takového výzkumu pak není ověření hypotézy, ale rekonstrukce významu jevu, který je v centru našeho výzkumného zájmu, ale který však nemůže být nikdy zbaven vázanosti na subjekt, kontext a časovost (nic neexistuje bez dané osoby, jejího okolí a doby, kdy se její příběh odehrává a utváří). Narativní výzkum se zaměřuje na dílčí, živou, osobní, jedinečnou a subjektivní zkušenost participanta, cílem je pak pokusit se porozumět jeho životu v kontextu a také jednotlivým významům, které mu přikládá.

Životní příběh je hypotetickým konstruktem, který ve výzkumu nelze zcela zpřístupnit. Není a nikdy nemůže být stabilním útvarem. Vyvíjí se, mění se v průběhu času, tak jak se mění jeho nositel a proměňují podmínky okolo něj. V tomto vyprávění je život ztvárněn a interpretován, poté následuje ztvárnění a interpretace ze strany výzkumníka. Narativní výzkum je proto možné chápat jako interpretaci interpretace, jako rekonstrukci konstrukce či jako převyprávění vyprávění (jelikož výzkumník pracuje s interpretací, kterou mu poskytl klient/respondent tak, že ji znovu převypráví vlastními slovy). Vyprávěný život by měl být interpretován z hlediska významů, které mu ve své konstrukci dávají vyprávějící, ne tedy těch, které mu přisuzují výzkumníci. Z tohoto hlediska začíná výzkumníkova rekonstrukce již zmíněnou spoluprácí v rámci narativního rozhovoru, pokračuje způsobem zaznamenání, přepisem, redukcí a řadou dalších kroků, které vedou k vytvoření výzkumníkova textu, do jehož rámce jsou obvykle vloženy vybrané pasáže rozhovoru. Výzkumník se tedy skrze své převyprávění snaží uchopit, předvést a zvýraznit struktury „dávání významu“ zkušenosti jedince (Čermák, 2002).

Narativním přístupem ve výzkumu lze označit přístup zaměřený na dílčí, živou, osobní, jedinečnou a subjektivní zkušenost účastníka výzkumu a snahu porozumět jeho životu v kontextuálních souvislostech (Čermák, 2002). Význam, o jehož porozumění usilujeme, je konstruován prostřednictvím sociálního diskurzu. Vzniká a rozvíjí se tak, že účastníci výzkumu propojují různé aspekty svého života do podoby příběhu.

### **7.5.3 Metoda zachycení vzorců (gestaltů)**

Princip metody spočívá ve vyhledávání určitých opakujících se vzorců (témat) v datech a následného zaznamenávání. Jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext. Dochází tak pochopitelně k určité redukci, původní bohatost a unikátnost zaznamenaných jevů je nahrazována určitou obecnější kategorií, vzorcem (tématem) a to na základě vzájemných podobností nebo odlišností. Výzkumník při tom postupuje tak, že při získávání nebo analýze dat vytváří určité koherentní „příběhy“ o tom, jak daný jev probíhá. Nová a nová data tak postupně vkládá do oněch příběhů a konstruuje svou představu o zkoumaném fenoménu. Klíčové je přitom opakování podstatných částí obecného příběhu (vzorce) v různých konkrétních případech (Miovský, 2006).

## 7.6 Etické aspekty

Všichni respondenti účastníci se výzkumu podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (vzor viz příloha 1). Design výzkumného záměru byl předem schválený etickou komisí organizace, která danou terapeutickou komunitu provozuje a týmem TK. Klienti byli podrobně seznámeni s účelem výzkumu a cílem diplomové práce, obeznámeni s tím, co je obsahem diplomové práce a před každým rozhovorem bylo získáno vyjádření porozumění sdělenému. Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, jaké konkrétní materiály budou v diplomové práci využity (rozhovor, kresba životní křivky včetně klientova doplňujícího komentáře, zaslepená anamnestická data).

Důležitým bodem sdělení pacientovi bylo zabezpečení osobních údajů spočívající v anonymním zpracování klinických kasuistik v kontextu povinné mlčenlivosti výzkumného pracovníka. V zájmu zachování důsledné anonymity klientů a ochrany jejich osobních dat autorka anonymizovala rovněž název zařízení, ve kterém data získávala. Veškeré informace, které autorka získala, jsou a využity jen ke studijním účelům. Klienti byli před začátkem rozhovoru informováni, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a mají právo kdykoli od výzkumu odstoupit.

## 8 ROZBOR PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

Schéma rozboru případových studií je u všech klientů stejné a je představuje rozdělené do čtyř dílčích podkapitol.

- 1) Situace výchozího bodu,
- 2) Anamnestická data a životní příběh,
- 3) Životní křivka <sup>48</sup> a komentář klienta/klientky,
- 4) Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu.

### 8.1 Případová studie Adam

Muž 23 let, dg. F 19.2 (F 19.1, F15.5), F 61, vzdělání úplné středoškolské, první léčba v TK (předcházela jí tříměsíční léčba v PL).

*„Všude se shlukovali lidé a byli dost nervózní. Vrátil jsem se na policejní stanici, kde na dveřích byla cedule, v neděli zavřeno. Začalo mi to být celý divný. Znovu jsem se vrátil na vlakové nádraží, tam opět viděl nervózní, štěbetavý dav, štáb komerční televize – a hlavně tu obrovskou masu lidí, cizinců překřikujících se angličtinou s francouzským přízvukem. Vygeneroval jsem si představu, že ti lidé v davu jsou političtí uprchlíci, že se toto dozví islámský stát a vyhlásí válku. Ve vestibulu metra směrem na nádraží byly zavřené eskalátory, staveniště, všude byly oranžové šipky s odkazem na náhradní autobusovou dopravu, a všude byl pořádný zmatek. Pojal jsem paniku, vyběhl na autobusové nádraží, kde jsem potkal jiného kamaráda, popsal jsem mu situaci co jsem viděl, řekl mu, že nemám peníze na cestu a ať mě založí, abych mohl dojet zpátky varovat rodiče a Kamilu.“*

*„...to byl jeden velký zmatek v hlavě. Orloj v pravé poledne, se vši parádou. Opravdu jsem si myslel, že jsem se zbláznil. Hlavou se mi hnaly neskutečně rychle nesmyslné utržkovité epizody: uprchlíci v metru, Kamila se zlomenou nohou, rabování doma ve městě u supermarketu. Všechny myšlenky se draly na povrch, způsobovaly závar všech závitů – vůbec jsem to nepobíral, protože jsem nebyl schopen chytit jednu myšlenku a nějak rozumově ji zpracovat. Pak jsem se na chvíli uklidnil, když jsem přelezl do sanitky. Říkal jsem si fajn, na chvíli bude klid. A pak zas ta stíha s uprchlíkama....“*

*„Představa uzavřených hranic, armády ve střehu mi daly sladkou možnost na chvíli zavřít oči...“*

#### 8.1.1 Situace výchozího bodu

Klient nastoupil léčbu v terapeutické komunitě bezprostředně po propuštění z psychiatrické nemocnice. V PN strávil tři měsíce, byl akutně hospitalizován pro sebe i okolí ohrožující stav v důsledku psychotické ataky – Adam vytáhl na rodiče nůž, ti na něj zavolali policii. V čase rozhovoru je klient klidný, orientovaný v čase i v prostoru, emočně živý,

<sup>48</sup> Obrázky životních křivek v textu jsou ve zmenšené podobě a ilustrují grafickou podobu pojetí čáry života tak, aby klientovy komentáře nezůstaly bez přímé vizuální odezvy čtenáři. Velkoformátové životní křivky s čitelnými popisy klientů jsou součástí příloh diplomové práce.



spolupracující. V terapeutické komunitě čtyři měsíce a tři měsíce mu zbývají do plánovaného ukončení léčby. Dle klientových slov na počátku rozhovoru je rozhodnutý v komunitě setrvat.

### 8.1.2 Anamnestická data a životní příběh Adama

Adam se narodil v roce 1993 a pochází z velkoměsta. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, kříšení 0, forceps 0. Úrazy při sportu, zlomený nos při rvačce. Klient prodělal běžné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice, příušnice, spála). Operace 0, bezvědomí 0. HIV, HVB, HVC negativní.

Je jediným potomkem ze třetího manželství otce (z předchozích dvou manželství, která dle slov Adama prý trvala krátce) má tři nevlastní bratry, dva žijí v Americe – jeden je státní občan, druhý do USA emigroval a jeden žije v Čechách. Nejstarší z bratrů je též aktivním uživatelem návykových látek. Zhruba do jednoho roku věku Adama žila rodina v Praze, po té začali velmi aktivně cestovat po celém světě. Adam uvádí, že důvodem jejich cestování bylo stíhání otce za daňovou trestnou činnost, takže se „neustále někde schovávali“. Zhruba do šesti let věku Adama rodina procestovala mnoho destinací, všude se zdrželi maximálně několik měsíců. V důsledku tohoto rozletu Adam působí na první pohled velmi sebevědomě. Z jeho chování je patrné, že bohatost jeho životních zážitků a zkušeností naprosto nekorresponduje s životními zážitky jeho vrstevníků.

V šesti letech věku Adama se vrátila rodina do Čech, ale otec vzápětí bez udání důvodu Adamovi „zmizel“ ze života a Adam o něm do 12 let věku vůbec nic nevěděl. Na dotaz, zda-li mu to nebylo divné Adam odpověděl, že s ohledem na životní styl a časté cestování rodiny nebo otce samotného ho situace nějak nepřekvapovala a měl za to, že otec je pracovně v zahraničí, což býval v minulosti velmi často. O pravém důvodu otcova zmizení se dozvěděl až ve věku své plnoletosti od matky, a to na systematické usilovné naléhání. Otec prý byl zavřený ve vězení v Německu za daňové podvody, další podrobnosti ale nezná a matka mu je, zřejmě ve snaze ho ochránit, sdělit nechce. I sám Adam se upřímně podivuje nad skutečností, že vztah obou rodičů výkon trestu nepoznamenal, vztah mezi matkou a otcem popisuje doslovně jako „idylický“ a dodává komentář, že je tato podoba vztahu záviděníhodná.

#### „Trapnej“ premiant

Adam zahájil povinnou školní docházku v sedmi letech, s ohledem na skutečnost, že rok před tím strávili na Kypru a zřejmě se nemohli do Čech vrátit. Základní školu vychodil naprosto bez problémů, byl dle vlastních slov, premiantem, i když se o to ani trochu nesnažil.

*„Problémy spolužáků dost se mi zdály fakt dost infantilní....“*

Ve 13 letech nastoupil na prestižní osmileté gymnázium.

*„Neučil jsem se, i když jsem se nijak zvlášť nesnažil, zřídka jsem nosil horší známky než dvojky.“*

Vzrůstající nuda mezi vrstevníky zřejmě vedla k tomu, že ve 14 letech došlo k prvnímu kontaktu s drogou. První návykovou látkou, kterou Adam užil, nebyl alkohol ani nikotin, ale marihuana.

*„Nudu a šed' života mi rozháněly zážitky v opojení marihuany. Unikál jsem do vlastního světa, ritualizoval jsem své počínání ve smyslu, že jsem si zahulil, pustil si konkrétní hudbu, konkrétní film nebo hru na PC. Nechodil jsem na žádný akce, nekouřil jsem ani nepil.“*

### **Jsem „robbo“**

Kolem 16. roku se začal zajímat o to, jak se přivést do stavu euforie snadno a rychle doma. Bylinnými preparáty, komerčně dostupnými léky bez předpisu, jakkoliv. Zjišťováním informací na internetu a usilovným hledáním objevil informace o disociativních účících Robitussinu<sup>49</sup> a síle zážitku, tzv. *robotrippingu*.

Stav, který popisuje jako nevnímání gravitace, velmi pomalé vnímání času se stal na čas jeho oblíbeným společníkem.

*„Učil jsem se znovu mluvit a chodit, neboť odpoutání od reality bylo prý hodně silné. Jednou jsem to fakt přepísknul a užil jsem čtyři lahvičky. Šíleně jsem se po tom pozvracel.“*

Tímto zážitkem *robotripping* a antitusika na čas opustil.

*„V sedmnácti mi marihuana přestala stačit. Objektivně klesla intenzita prožitku a euforie z intoxikace, v neposlední řadě mi na hulení postupně přicházela matka, proto jsem se začal poohlížet po něčem novém. Dost jsem brouzдал po netu, hledal jsem a nacházel vzrůstající zájem v syntetických derivátech THC<sup>50</sup>. Po nášlehu jsem se vyskytoval na několik hodin ve zcela jiné dimenzi...“*

Nespornou výhodou syntetik byla v té době velmi nízká detekovatelnost, takže okolí neidentifikovalo typické okolnosti užívání klasické marihuany. Rodina opět vycestovala do zahraničí, tentokrát do Singapuru. Adam si byl dobře vědom obtížné dostupnosti drog v zemi, jak syntetické drogy, tak i marihuanu propašoval. Na dotaz, zda-li si byl vědom rizika a jestli jeho vnímání a úsudek již nebyly nějak ovlivněny několika roky intenzivního užívání marihuany, reaguje připuštěním, že je to možné.

Po pár dnech strávených v Singapuru byl matkou přistižen v hotelovém pokoji při neopatrné manipulaci s drogou, tudíž mu byl veškerý propašovaný materiál zabaven a Adam si začal hledat nouzové alternativy. Zkoušel místní léčiva na spaní, antitusika<sup>51</sup>, ale bez valného výsledku, spíše s převažujícími nežádoucími vlivy, takže toho dle vlastních slov nechal.

### **Sbohem sladká abstinence**

Osm měsíců, tedy po zbytek pobytu v Singapuru abstinovat, sportovat, běhal, cvičil.

*„Drogy mi vlastně nijak zvlášť nechyběly.“*

---

<sup>49</sup> Aktivní látka Dextromethorphan hydrobromidum monohydricum -DXM (100/150mg aktivní látky) v sirupu. Pro dosažení disociativního účinku je třeba překročení 4000mg aktivní látky. V dostupných léčích je DXM často kombinován s paracetamolem, který je ve vysokých dávkách hepatotoxický a při užití takového množství preparátu aby bylo dosaženo disociativních účinků může dojít k jaternímu selhání až k jaternímu kómatu.

<sup>50</sup> Např. 11-hydroxy-dimethylheptyl-8-THC (Spice Diamond, Spice Artic, Spice Gold). I minimální změna struktury vyvolá až několika stonásobné zvýšení účinku než je účinek původní molekuly  $\Delta^9$  THC.

<sup>51</sup> Léky proti suchému a dávivému kašli. V některých preparátech je aktivní látkou etylmorfin, nebo kodein

Po návratu do Čech si po několika dnech vzpomněl, že má ve svém pokoji balíček poslední záchrany, takže ho jednou večer u sledování filmu vykouřil. Poté se Adam začal znovu rozjíždět, spolu s nevlastním bratrem a kamarádem pořádali velkolepé „huličské akce“.

V 18. letech se poprvé setkal s pervitinem.

*„Piko mi okamžitě sedlo, byť na první užití si z podrobností moc nepamatuju“.*

Bylo to v malém městě, kde v tu dobu pobýval s kamarády. Po tomto zážitku 2-3 dny nic, pak další užití. Po té opět delší dobu kouřil jen marihuanu.

Další „velká akce“ proběhla jednou po škole, kdy se zastavil s kamarády v baru, tam užil současně pervitin, MDM<sup>52</sup>, marihuanu, alkohol a 2-3 dny byl dle svých slov úplně totálně mimo.

*„V tomhle stavu se mi nechtělo vůbec domů, čekal jsem opakovanou scénu od matky, tak jsem si vymyslel přepadení. Roztrhal jsem si šaty, odřel si kolena, sám si dal pěstí a zavolal jsem si sanitku. Akci jsem promyslel do detailu, píchнул jsem se stříkačkou a v nemocnici jsem jim řekl, že mi během přepadení něco píchli. Sám jsem se dožadoval testování na drogy....“*

V nemocnici strávil pět dní. V průběhu hospitalizace dle svých slov vykazoval verbální agresi na doktory a posléze na matku. Po čase se prý matce přiznal ohledně fingovanosti akce, neboť ho, dle vlastních slov, tížilo svědomí.

Po tomto excesu rok pervitin neužíval, jen něco málo kouřil marihuanu. Pak přestal i s marihuanou, ale začal pít.

*„Začal jsem balit holky na karibský rum a drahou vodku. Zvládl jsem vypít i litr tvrdého alkoholu denně. Měl jsem docela velký kapesný, o prázdninách 2012 jsem rozjel podnikání, půjčoval loďky u přehrady a to mě též finančně zajišťovalo. Občas jsem otci taky sebral nějaké peníze, neboť rum byl drahý. Otec mě jednou přistihl a pořádně seřezal...“*

*„Léto roku 2012 bylo divoký, s každodenní konzumací alkoholu jsem kombinoval víkendově extázi, MDM – drogy mi poskytovaly zcela „čistý“ účinky, bez dojezdů, abstáků. Doba, kdy jsem byl schopen vypít litr tvrdého alkoholu denně a zkombinovat 5-6 drog.“*

V tomto období se Adam jednou epizodicky vrátil k užití antitusika a to v podobě tablet léčivého přípravku Stopex a jednoho rituálního robotrippingu. „Na 4-5 dní jsem se disociativně odpoutal. Takový restart po krizi...“

S koncem léta a návratem do školy do maturitního ročníku opět s užíváním téměř přestal. Období září 2012 až únor 2013 nazval „čistým obdobím“.

## **Kamila**

Na svátek čarodějnic 2013 došlo k důležitému okamžiku v životě Adama. Po krátkém pobízení kamarádů se osmělil a napsal kamarádce, zda-li by s ním nešla na schůzku. Začali spolu chodit. Kamila měla pár zkušeností s pervitinem a příležitostně konzumovala alkohol. Adam v květnu odmaturoval a pak začala další drogová jízda. Po dobu 1-2 měsíců spolu s Kamilou hodně brali, hlavně extázi, metamfetamin, MDM. O víkendech hojně holdovali alkoholu. Kamila začala být dost znepokojená, že to začínají dost přehánět a že by toho brání měli na čas nechat.

---

<sup>52</sup> Molly Drug Molecule („trippy molly“). Čistý prášek nebo krystalická forma MDMA.

V období září 2013 až říjen 2014 tedy Adam opět fungoval skoro „na čisto“. Po domluvě s Kamilou přestal kouřit marihuanu, téměř přestal pít a metamfetamin měl za toto období třikrát s kamarádem „na tajňačku“. V říjnu 2014 nastoupil do práce jako prodejce mobilního příslušenství. Pracoval na několika stáncích v obchodních centrech a na Hlavním nádraží. V říjnu se s ním Kamila rozešla, že prý potřebuje od vztahu pauzu.

*„Po rozchodu jsem se fakt rozchlatal neskutečně. Zrovna v tu dobu jsem pracoval na pobočce na Hlavním nádraží, chodil jsem si pro chlast do blízkého supermarketu, pil jsem i na stánku... Občas jsem si šel zahulit z plechu na veřejný záchody. V té době jsem poznal Zuzanu, prodávala ve stánku se šperky na Hlavním nádraží.“*

Popíjeli hodně spolu, brzy došlo i k intimnějšímu sblížení. Adam ji přivedl domů k rodičům, den před tím vystěhoval věci Kamily. Matka z toho byla dost v šoku, že ze dne na den vyměnil slečny a že to s tím chlastem dost přehání. „Já jsem vlastně nevěděl co chci...“

O Vánocích 2014 došlo na první kontakt s kokainem. Vedle toho kouřil marihuanu, bral extázi a jak sám sdělil „měl prý v hlavě docela pořádný zmatek“.

*„Začal jsem se projevovat dost namistrovaně, nabyl jsem dojmu, že vlastně můžu mít obě slečny, možná i víc, protože to hravě zvládnou...“*

V lednu 2015 se situace v práci stala neúnosnou, rozešel se ve zlém se šéfem, prý mu dlužil několik dní výplatu, hodně se pohádali a ze dne na den skončil. Není bez zajímavosti, že o problémech užívání drog a pití v práci nepadla ani zmínka.

### **Žiju na vlastních nohách**

Na jaře 2015 se odstěhoval Adam od rodičů a našel si pronájem ve velkém městě. Rodiče ho toho času finančně podporovali, neboť byl bez práce, chodil na pohovory, vystřídal několik pozic a postupně začal upadat do apatie. Pil a kouřil marihuanu se Zuzanou, přesto že v mysli mu pořád zůstávala Kamila. Rád by, aby se k sobě s Kamilou vrátili, ale ona nechtěla.

Na konci léta se naskytla možnost pronájmu bytu v menším městě, odkud pocházela Kamila a Adamův nejlepší kamarád, tak se tam odstěhoval. Věřil, že se k němu Kamila vrátí, nicméně to se nestalo, tak opět začalo intenzivní období užívání.

*„Fetoval jsem všechno co šlo, LSD, hašiš, pervitin z alobalu, do toho jsem hodně pil. V podstatě každý den. I za tohohle stavu jsem nastoupil do další práce, znovu prodejce mobilního příslušenství. S ohledem na množství drog už jsem se často ztrácel v čase a v informacích. Zapomínal jsem kde a v kolik mám být na které z poboček, často jsem přicházel do práce jinam a jindy....“*

### **Chodím po Elm Street**

Nastalo období podivné zábavy, kdy se Adam začal s jinými uživateli předhánět v tom, kdo déle vydrží bdít. Po třidenním bdění si zakouřil marihuanu a šel se projít večer ven, s tímto momentem se spojuje první zkušenost s halucinací.

*„Chodil jsem po Elm Street a dost jsem si to užíval....“*

Epizody bdění se opakovaly, byly čím dál tím delší. Po jedné z nich, kdy po údajně pěti dnech bez spánku uleh, přepadl ho z ničeho nic pláč, chvíli plakal, chvíli se smál, vstával,

aby si pak zase lehnul. Adam připustil, že absolutně nestíhal své myšlenky. Kamila, která tomuto byla shodou okolností přítomna, z této situace byla hodně špatná. Dle slov Adama se pak začala i bát a utekla od něj. Adam pak už trávil čas jen s ostatními „známými uživatelskými firmami“ a uvádí, že musel být v neustálém pohybu. Ve městě měl několik „záchytných bodů“ – doupat – byla to hospoda, domácnost dealera, kde se často zapomínal na několik hodin.

### Kde se stala chyba?

V říjnu 2015 přišel o práci, provalilo se jeho pití a fetování v práci, po té přišel i o byt, neboť mu nájemce vypověděl smlouvu, s ohledem na sedmadvacet podaných oznámení na policii kvůli neustálému pohybu „pochybných existencí“ v domě. Za poslední peníze si našel nový pronájem.

*„Zatáhl jsem závěsy a už jen fetoval. Od marihuany k pervitinu, od pervitinu k alkoholu, plechy, čáry..., neustále jsem do bytu někoho zval....“*

V tomto období zmiňuje poprvé slovo „pastění“ – tedy chystání důmyslných pastí na druhé. Tato podivná zábava dosahovala poměrně obskurních obrazů (např. někdo postavil skleničku na stůl tak vratce, že pokud se zavadilo o jeden předmět, důmyslným mechanismem pohybu jiných předmětů se zvrhla a polila klávesnici počítače). Tímto se dokázala společnost bavit často několik hodin.

### Invisible man

Na přelomu listopadu/prosince 2015 přišla znovu výpověď z bytu, Adam si sbalil věci a šel ke kamarádovi „jednomu z největších smažičů ve městě“.

*„Těšil jsem se jak se oblíknu do černýho, večer vyrazím ven... Stal se ze mě invisible man<sup>53</sup>.“*

Adam měl 60 kg, vypadal, dle slov ostatních jako smrt. Dva dny chodil po městě. Neměl kde spát, nakonec skončil u dealera, spolu se vydali ještě ten den na výlet do velkoměsta, tam navštívili kamaráda – další velkou smažku, se kterým se opět celou noc „pastili“. Odtud z bytu odešel, neboť se mu tam již přestalo líbit.

*„Kámoši tam fakt blbli a já byl naladěn doslova harmonicky.“*

Na Smíchově potkal dalšího kamaráda, měl u sebe nějaký metamfetamin, nějakou marihuanu, tu dali čáru, tu zahulili, procházeli se spolu městem, až došli na velké nádraží. Tam, za pravého poledne kamaráda, zatkli policisté. Vedli ho v poutech na policejní stanici, Adam šel s nimi, že na kamaráda počká. Procházel se po městě, po chvíli se vrátil na nádraží.

Před odjezdem poslední čára ve fastfoodu a vyrazili s kamarádem autobusem zpět. Vzhledem k tomu, že Adam neměl telefon, půjčil si ho od kamaráda, tam na internetu našel, že armáda mobilizuje své síly.

V městě kam dojeli, vyběhl Adam z nádraží a utíkal do domu rodičů Kamily, kde byla v tu dobu celá její širší rodina (rodiče, sestra, babička, dědeček, teta se strýcem). Sdělil jim, že se všichni musí okamžitě sbalit a utéct. Sám se rozhodl, že okamžitě uteče. Cestou si to rozmyslel, vrátil se pro Kamilu, řekl jí, ať zavolá jeho tátovi, ať pro ně dojede, že musí varovat

---

<sup>53</sup> Neviditelný.

i doma matku. Před dvěma supermarkety ve městě se v neděli odpoledne (před vánočními svátky) vyskytovaly davy lidí.

*„Tak to už jsem vážně panikařil, že se něco vážného děje a že lidé začínají rabovat.“*

Přijel s otcem domů, tam si lehl na gauč a řekl matce, ať mu okamžitě nalije panáka, nebo že se zblázní. Za chvíli zjistil, že matka s otcem jsou zavření v kuchyni, něco si šeptají a pak telefonují. V mžiku prý na něm otec klečel a svazoval mu ruce plastovými náramky na kabely od počítače. Dle slov Adama to musela být opravdu „nehezka podívaná“.

### **Můj čas je pouhopouhé prozatím**

Do této rvačky s otcem přijela sanitka a policie. V sanitce znovu přišla *stíha* s uprchlíky.

*„Ptal jsem se, proč se starají o mě, když se maj starat o ty uprchlíky.“*

Zdravotníci ho ujistili, že armáda již uzavřela hranice a že je vše pod kontrolou. V okresní nemocnici, kam dojeli i policisté, Adamovi prý poradili, že ho z toho dostanou, ale že by měl ještě trochu blábolit, jako že je opilý a mimo obraz, tak tedy Adam, přesto, že prý „byl v pohodě“ svůj stav ještě přiřizil nesmyslným žvaněním, motáním se. Z okresní nemocnice ho převezli do jiné nemocnice, kde ho vyšetřoval lékař, který měl stejné příjmení jako „největší smažka“ z města, ve kterém naposledy bydlel.

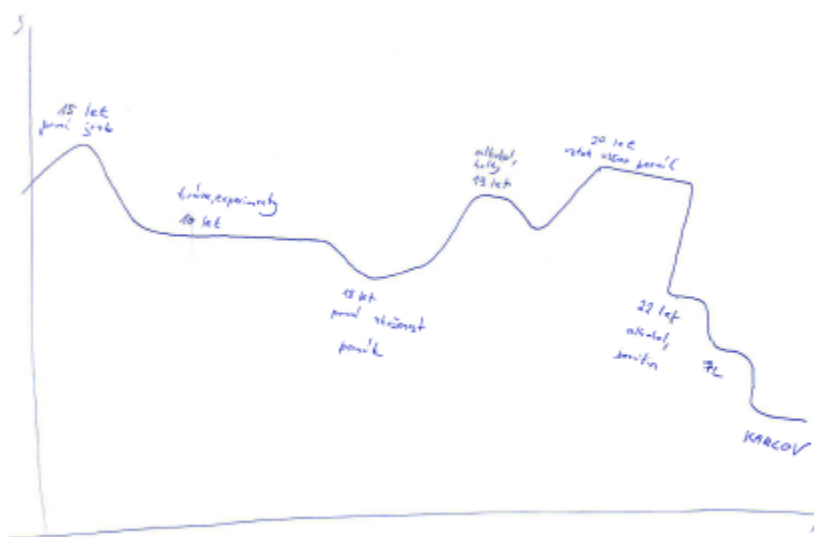
V té chvíli přišla další psychotická ataka při setkání s ošetřujícím lékařem.

*„Tak to už byl fakt masakr. Měl jsem podezření, že je doktor jeho převtělení a že mě bude ošetřovat největší zfet pod sluncem. Vedle toho jsem pořád slyšel v pozadí v nemocnici nařikající Kamilu, že má prý zlomenou nohu....“*

Ošetřující lékař mu sdělil, že je pěkně zřízený a co by řekl tomu, kdyby si pár dní odpočinul, vyspal se v klidu nemocnice. Adam celkem ochotně přikývl, už byl hodně unavený a bylo mu vše dost jedno. Po několika dnech se probudil v psychiatrické nemocnici na oddělení neklidu s informací, že je hospitalizován se soudním příkazem, neboť ohrožoval sebe i otce nožem. V psychiatrické nemocnici strávil tři měsíce, z toho dva, dle vlastních slov, s těmi největšími blázný a magory. V nemocnici postupem času začal „obchodovat“ s medikací, opatroval si Rivotril a Diazepam a pokoušel se kombinovat užívání léků, nicméně jak sám tvrdí, bez větších efektů.

### 8.1.3 Životní křivka a komentář klienta

Obr. 10 Životní křivka Adama



EM: „Pojměte to jak se Vám to bude zdát nejlepší. Dobré by bylo tam zaznamenat nějaké body, které považujete v životě za důležité nebo významné...“

„...no jo, tak když jsem experimentoval s trávou, tak se nic zvláštního nedělo. Prostě jsem zkoušel co to umí, nějak moc nemám, co bych dodal. Pak přišlo piko a ten malér s fňogvaným přepadením. Ještě teď mě štve, že jsem mámě lhal...“

EM: „Proč ta historka s přepadením? Byl to jen strach, z toho že máma bude vyvádět, nebo v tom byla touha po dobrodružství, po tom být zajímavý...?“

„Ono to šlo jedno s druhým. Matka mě už těmi svými neustálými scénami vytáčela, tak jsem vymyslel, že místo aby mi nadávala, tak mě ještě polituje... No byl to ale dost průser, když to vezmu zpětně. Pak jsem pika na dost dlouho nechal, za to jsem začal chlastat. Začal jsem mít docela zmatek v tom co vlastně chci. A pak přišla Kamila....“

„...no nejlíp mi bylo jednoznačně s Kamilou. Před tím jsem se (nebo vlastně něco) pořád hledal a po Kamile už to šlo nějak všechno do kopru...“

„pak blázinec, Karlov, vidíte, to už je sešup dolů...“

EM: „Napadlo by mě, že po tom všem budete brát Karlov spíše jako progresivnější životní období (?)“

„...zatím jsem z Karlova spíš rozpačítej. Jo, chtěl bych to tu dokončit, ale že bych tu byl z toho odvázaněj, tak to teda fakt ne....“

### 8.1.4 Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu

#### Spokojenost v abstinenci

Když jsem se Adama ptala, kdy byl v životě nejšťastnější, řekl mi, že v době kdy neměl přístup k drogám (Singapur, 7 měsíců) a abstinoval. Sportoval, chodil cvičit, běhal, pokoušel se i zdravě stravovat a cítil se dle svých slov velmi dobře. Na otázku proč po návratu znovu sáhnul po marihuaně, jen bezradně krčí rameny.

Adam zmínil, že vlastně veškeré změny, kterými kdy prošel, mu docházely až po nějakém čase. Třeba období abstinence mu v čase abstinování přišlo jako „úplně normální“, nic (rozuměno požitkem z drogy mu prý nescházel) a vlastně až když začal zpátky fetovat mu docházelo jak dobře mu bylo v období kdy nebral.

### **Nesoulad se zbytkem společnosti**

Adam několikrát v průběhu vyprávění zmínil, že měl odmala dojem, že zcela nezapadá do většinové společnosti vrstevníků, ve smyslu, že spousta z nich nejde tolik do hloubky a je názorově „plytká“.

Metamfetamin mu, dle jeho slov, v tomto ohledu otevřel nové obzory.

*„Pervitin dával mému životu nový rozměr, novou možnost vnímání. Měl jsem možnost uniknout z toho obyčejného, normálního a nudného života...“*

*„Vlastně jsem začal vnímat novou formu života, bohatší, pestřejší, intenzivnější a o to jsem se cítil najednou bohatší...“*

Autorku na tomto akcentu ve vyprávění zaujalo, že droga nepředstavuje jen prostředek k zábavě a úniku ze stereotypu a nudy, ale i jako prostředek k vidině (nebo zbožnému přání?) rozvoje a sebepoznání.

Adam nabídl svým pohledem vlastně vizi záměrného a programového odstupu od většinové společnosti, která jeho optikou působí povrchně.

### **Důležitost „záměru“ užívání**

V rozhovoru několikrát padlo, že užíval „proto aby“ – takže jako prostředek k něčemu. Jako by to nebyla aktivita sama o sobě. Nikoli nuda – ale inspirace. Nikoli stav známého opojení – ale hledání stále nových možností. Tento fakt lze z jistého pohledu vnímat jako kontrolované a nekontrolované užívání (Peele, 1991). Kontrola v tomto případě dle mínění autorky představuje uvědomění si skutečnosti „proč to dělám?“ Z předchozího překvapivého momentu – tedy uvědomování si změn po delší době autorku napadá, že Adam se sám sobě brání přiznání, že byla chyba, když začal znovu fetovat, i když mu v abstinenci bylo lépe a tudíž hledá formu ospravedlnění – a tedy záměr.

U Adama se jedná o osobnost nezralou, s neustálou potřebou vzrušení, nepřipouštějící si vlastní chyby a těžko snášející kritiku, což dle autorčina názoru poukazuje na osobnost s histriónskými rysy. Užíváním drog poukazuje na svou jedinečnost (já na to mám), v kombinaci s intelektuální složkou je mezi svými vrstevníky osobností poměrně těžko uchopitelnou. Ve svém pocitu jedinečnosti má Adam dojem, že dokáže přelstít fyziologii, protože on má vše (od užívání přes vztahy) pod kontrolou a chybami a nedostatky oplývají jiní. Ačkoli Adam působí navenek klidně a vyrovnaně, vnitřní nespokojenost a neklid jsou patrné z rozhovoru a dokresluje autorčinu domněnku o emoční zapouzdřenosti která je pseudosebeobranou a se kterou neumí patřičně nakládat a pak uniká k problémovému chování a užívání návykových látek. Psychotický stav doprovázený fyzickou agresí je výsledkem uvolnění nahromaděné negace a katarze od ní, která je indukována dlouhodobým užíváním metamfetaminu. Pocity spiknutí, prožívání abnormálních emocí, bránění se domnělým útokům, utíkání před něčím co se odehrávalo jen v Adamově mysli hovoří dle autorky pro již značně rozvinou formu toxické psychózy. Fragmenty domnělých telepatických/telekinetických schopností Adama, popisované jako chození po vodě, schopnost být neviditelný, ukazuje na první ataky paranoidního smýšlení a plíživost rozmanitých symptomů



halucinatorně – paranoidního syndromu. Autorka považuje za zajímavé, že i přes veškeré povědomí Adama o účincích drog a jejich intenzitě při různých formách aplikace a přes veškerou snahu Adama dosáhnout maxima a „vytáhnout“ z drog maximální možný účinek se nikdy neuchýlil k intravenóznímu podání.

V průběhu rozhovoru Adam již nevykazoval žádné reziduální příznaky toxické psychózy, byť z jeho vyprávění byla stále patrná velmi silná vztahovačnost. Kontakt s realitou Adam vykazoval zcela bezproblémově, o halucinacích mluví s odstupem času již s velkou nadsázkou, zlehčuje je a připisuje jim zcela evidentní bezvýznamnost. Stále trvá (a je přesvědčen) o své pravdě, že situace s policejním zásahem a násilím proti otci před hospitalizací byla vykonstruovaná a nastrčená tak, aby ho rodiče dostali do psychiatrické nemocnice. Dokonce se nebrání tvrzení, že matka tuto skutečnost posléze připustila a Adamovy domněnky potvrdila.

## 8.2 Případová studie Broněk

Muž 24 let, dg. F 19.2 (pervitin, THC, alkohol), F 60.8, vzdělání dokončené základní, první léčba v TK (předcházela jí šestitýdenní hospitalizace v PL).

*„Stáli jsme na náměstí, povídám Bertě, že potřebuju jointa, abych se uklidnil a srovnal myšlenky. Sehnal jsem trochu trávy, když jsem to chtěl ve sklepě nějakýho baráku ubalit, Berta začala hystericky rvát a rozhazovat rukama, že jsem ji připravil úplně o všechno. Jak rozhazovala těma rukama, rozmetla mi ten poslední zbytek trávy, co jsem měl... Řvu na ní, že je kráva, ona na mě, ať vrátím to oblečení co mám na sobě, že je to stejně od její mámy. Strhal jsem to ze sebe, se slovy vem si to a odcházel jsem. Vytáhla z kabelky nůžky a se slovy: „já si Tě stejně najdu“ mě začala honit. Utíkal jsem před ní, vylezl jsem na strom a tam jsem jí vyhlížel. Jak se dívám dolů a vyhlížím jí, všude dole jsou lidi. Uklidňuji se, že jsou to odpadkové koše, ale asi jsou to fakt lidi! To snad ne, každý ten člověk dole je Berta!!! Na stromě jsem strávil celou noc. Pak jsem slezl, potkal jsem starýho kámoše Martina, všechno jsem mu chtěl říct, ten se se mnou ale vůbec nechtěl bavit. Šel jsem na most s tím, že už dál nemůžu a že skočím. Byl jsem připraven to pojistit tím, že skočím těsně před vlak. Lidé chodili kolem, úplně bez povšimnutí, stál jsem na mostě, brečel a litoval se životem. Nakonec jsem slezl, šel za tátou, tomu celou situaci popsal, včetně stavu, že mě Berta neustále pronásleduje. Otec direktivně nařídil, abych se uklidnil. A kdo se najednou v otcově obchodě neobjevil – Berta.*

*Začal jsem znovu vyvádět a panikařit. Otec mě zamknul u sebe v kanceláři, že to s Bertou vyřídí. Berta otci řekla, že jsem ji mlátil, zneužíval a okrádal...“*

*„...ještě v léčebně se několikrát stalo, že jsem viděl v obrazech pronásledující Bertu. Bylo to krátký, intenzivní, barvitý a ...strašný...“*

### 8.2.1 Situace výchozího bodu

Klient nastoupil léčbu v terapeutické komunitě bezprostředně po propuštění z psychiatrické nemocnice. V nemocnici strávil 1,5 měsíce, byl akutně hospitalizován pro sebe i okolí ohrožující stav v důsledku predelirantního alkoholového odvykacího stavu. V čase rozhovoru je klient klidný, orientovaný v čase i v prostoru, ochotný, spolupracující, projevující motivaci. V terapeutické komunitě sedm měsíců a 6 týdnů mu zbývá do plánovaného ukončení léčby. V průběhu léčby v komunitě dvakrát hospitalizován na infekčním odd. (potvrzena HCV), elevace jaterních testů, hepatomegalie. Po ukončení léčby v komunitě plánovaná léčba interferony, velký důraz na změnu životního stylu v podobě šetrící diety a regulace fyzické zátěže.

### 8.2.2 Anamnestická data a životní příběh Broňka

Broněk se narodil v roce 1993 a pochází z velkoměsta. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, kříšení 0, forceps 0. Klient prodělal běžné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice, příušnice, spála). ADHD v anamnéze. Operace tonsilektomie, appendektomie (12 let), extirpace benigního útvaru na krku (18 let). Zlomeniny 0, úrazy na hlavě a bezvědomí několikrát po rvačkách.

Dle svých slov pochází Broněk z pohodové, bezproblémové rodiny. Dětství strávil v harmonickém soužití s matkou, otcem a o tři roky mladším bratrem. Matka se s otcem rozvedla až po Broněkově pubertě, prý z důvodů otcových podnikatelských dluhů. Rodina žila na menším městě, jak uvádí Broněk, zcela normálním a všedním životem. Do jeslí Broněk nechodil, do školky od 4 let věku.

Na základní školu nastoupil Broněk v menším městě, kde rodina bydlela. Do sedmé třídy měl prospěch bezproblémový, samé jedničky. S nástupem puberty přichází vzdor, revolta a odpor proti konvenci.

*„Chtěl jsem si vyzkoušet jaké to je být jiný než ostatní...“*

Ve 13. letech okusil první cigarety, alkohol, ve 14. letech marihuanu. V důsledku tohoto experimentování přichází první kázeňské problémy (8. třída) – ve škole Broněkovi našli *trávu*, údajně ji prodával i mladším spolužákům a proto byl i vyšetřován kriminální policií. Jako mladiství vyvážl bez trestu, „jen“ s kázeňským postihem v podobě dvojky z chování.

Základní školu nějak dokončil a byl přijat na střední školu. Po prázdninách na školu sice nastoupil, ale dle svých slov už *hulil* denně, chodil *zhulený* i do školy a pak už tam „raději nechodil“.

*„Otec začal být pedant. Přišel jsem pozdě domů, dostal jsem zaracha, tak jsem z domova utekl a začal kolotoč problémů“. Parta pro mě byla přednější. Hulil jsem pořád. Chodil jsem za školu, s partou jsem byl pořád v terénu, večer jsem přišel domů, vyjedl jsem lednici a šel spát. A tak to bylo každý den...“*

Na konci prvního ročníku si ředitel povolal otce a po vzájemné domluvě bylo Broněkovi ukončeno studium.

### **Vše začalo technoparty**

V létě 2008 došlo na první kontakt s pervitinem. Vše proběhlo na velké technoparty, Broněk se svým starším kamarádem Martinem nakoupili pervitin a LSD.

*„První nášleh: Byl jsem jak utržený ze řetězu. Pořád jsem se hýbal, tancoval, lezl jsem na plot a připadal jsem si jak „plug in...“. Perník jsem šňupal asi dva nebo tři měsíců „nos a krk jsem měl rozežraný, břicho mě bolelo..., ale bylo to fakt hustý...“*

V září Broněk nastoupil na střední odborné učiliště, na začátku školního roku dostal od rodičů peníze na učebnice, za všechny zakoupil *matroš*. Týden šňupal a „lital“, doma se neukázal. Na konci tohoto týdenního tahu došlo na první nitrožilní aplikaci. Opět pomohl kamarád Martin, který ho *nastřelil*.

*„Jako by mě vystřelili z rakety. Přeskakoval jsem keře, lavičky, měl jsem neskutečnou energii...Dokázal jsem se pak na 12 hodin zaseknout s kámošem v budce na zastávce a probírat život... Měl jsem všeobjímající a všechápající pocity...“*

Když se vrátil domů, rodiče se ptali, kde byl a co dělal, Broněk lhal a mlžil, že byl u kamaráda, že řešili školu, že zrovna neměl kredit tak nemohl volat... Rodiče prý moc nevěřili, ale situaci nijak zvlášť neřešili... (?)

Při jednom z „návratů“ do školy (Broněk tam byl prý asi po třetí) ráno před školou prodal telefon, koupil *matroš* a nastřelil se. Začala hodina angličtiny a Broněk, kterého jazyk velmi bavil, byl neskutečně aktivní. Nasbíral prý za hodinu za aktivitu a úkoly více známek, než měli ostatní spolužáci doposud. Spolužačky okouznil, spolužáky udivil a pak se zase nějaký čas ve škole neukázal.

Přes den se poflakoval, domů chodil na záseky na PC, to bylo dle Broněkových slov období, kdy bral denně. Z této doby popisuje zážitek, jak v noci na počítači kreslil dva kluky hrající ping-pong. Udivovala ho dokonalost kresby v počítači, byl fascinován přesným rastrováním obrázku.

*„Každý čtvereček byl naprosto dokonalý“.*

Popisuje též stav, kdy měl při kreslení sluchátka na uších, která při každém kliku myši sundal, aby se rozhlédl, zda každým jedním klikem neruší rodiče ze spánku (první paranoidní ladění?). Přicházely další kamufláže. Broněk popisoval, že dříve ho matka nemohla ráno vytáhnout z postele, od té doby co bral, byl ráno první v kuchyni, aby si vařil kávu, přehrával ospalého... Tento stav probíhal několik týdnů. Přes den za školu, odpoledne toulky s partou, večer záseky na počítači.

## Odhalení

Jednoho rána přišel otec se skleničkou a žádostí, aby se do ní Broněk vyčůral, že „něco tuší“. Broněk oponoval, že to přeci otec nemůže myslet vážně, nicméně vyhověl, pochopitelně byl odhalen a dostal od otce ultimátum. Buď pervitin, nebo sociálka.

Následovalo několik „čistých“ dní. Během nich přicházely těžké záchvaty verbální agrese.

*B: „...mami, tak mi dej aspoň na cigára, když už nic jinýho...“*

*M: „...já nevím, o tom, že bys kouřil...“*

*B: „...mami je toho spousta co nevíš... Dělej, dej mi ty prachy na cigára a neptej se....“*

Když mu matka nevyhověla, mlátil prý hlavou do zdi. Pak utekl z domova. Na svém „výletě“ potkal dívku, jež byla na útěku z domova, hledala jí prý policie. Oba si vysnili sen o party v Praze. Broněk se vrátil domů, vypáčil balkónové dveře bytu matky, ukradl LCD display, který v zastavárně zpeněžil a s dívkou se vydali na cestu do Prahy. Cestou ve vlaku se Broněk *nastřelil*, dávku dle svých slov absolutně neodhadl.

*„Začal jsem se motat, zrnilo se mi vidění. Zasekl jsem se na WC ve vlaku a vylezl až v Praze. Začal jsem hledat holku po vlaku jak šílenec, nakonec jsem ji našel, byla trochu vyděšená... Dojeli jsme do X, došli do známého feťáckého klubu a dali si extázi. „Já jsem chtěl tancovat, holka ne, tak jsem ji nepřemlouval, vlastně už mi byla jedno...“*

Party v Praze se „protáhla“ do podoby dvoutýdenního neukázání se doma.

## Diagnostický

Po návratu domů Broněka otec odvezl na detox do nemocnice. Odtud pokračoval rovnou do diagnostického ústavu, tam strávil dva měsíce. Našel si tam známost. Přes veškerá kardinální pravidla spolu udržovali intenzivní intimní poměr po celou dobu pobytu v ústavu. Z ústavu Broněk odešel do chráněného bydlení. Odsud docházel na praxi do restauračního zařízení, kde pracovala i jeho slečna. Jednou se z práce nevrátil do chráněného bydlení, ale odjel s přítelkyní k ní domů.

Tam si spolu dali. Nejprve nastřelil Broněk sebe, pak jí. V průběhu nájezdu mu přítelkyně řekla, jakým způsobem si opatřila peníze na *matroš* (prostituci), Broněk se i v tom stavu ve kterém po *nástřelu* byl sbalil a, se slovy *sbohem*, odešel. Do chráněného bydlení se vrátil za dva dny. Odtud znova putoval na detox a z detoxu rovnou do diagnostického ústavu. Po třech měsících obdržel soudem nařízenou ústavní léčbu, kam byl převezen a odkud po dvou týdnech utekl zpět do Prahy. Měsíc byl na útěku, přespával po squatech a naučil se krást.

Při jedné z cest z klubu byl legitimován policisty, nemohl se prokázat občankou, tudíž ho sebrali, vyšetřovali a putoval zpět do diagnostického ústavu. Tam byl tři dny na samotce.

*„...byl jsem zavřenej ve vykachličkované místnosti, kde nebylo nic, jen postel, nebo spíš pryčna bez matrace. Jídlo mi nosili cikáni, vždy snědli maso a donesli jen ten zbytek, kterej stejně nebyl k jídlu...“*

Z jednoho diagnostického ústavu mě převezli do jinýho. Větší pól si nedovedete představit. Tam byl fakt ten nejhorší odpad společnosti... Ale přežil jsem...“

Po cca čtyřech měsících byl v den dovršení 18. narozenin Broněk propuštěn. Dostal výstupné, nové oblečení,

*„...už jsem nemyslel na nic jiného, než jak se pořádně zfetuju... Nakoupil jsem chlast, trávu, perník a zas jsem několik dní lítal...“ Po 14 dnech jsem se vrátil domů. Matka rezolutně trvala na tom, abych ji ukázal ruce. „Mami, to nemyslíš vážně...?! Ukázal jsem ji rozpíchaný předloktí prý jen zpoza rohu vytáhla sbalenou tašku a řekla mi, že to jinak nejde, že musím jít...“*

Broněk se pohyboval na ulici, po kamarádech, kradl po obchodech a fetoval.

## Markéta

Na jedné z akcí potkal Broněk Markétu. Dle Broňkových slov už byl dost „pod obraz“.

*„Markéta po mně na férovku vyjížděla, chtěla po mně sex.“*

Když se odvolával na svůj podroušený stav a únavu, vytáhla psaníčko, udělala na občance čáru, „v tu chvíli jsem byl střízlivej...“

Na čas se k Markétě nastěhoval. Bydlela s matkou, též bývalou uživatelkou. V tomto období hodně *hulil*, metamfetamin jen šňupal a dost pil. Dle svých slov si poprvé vyřídil sociální dávky, aby mohl přispívat na bydlení a prostřednictvím Markétiny kamarádky si našel pololegální práci v továrně. Peníze dostával týdně na ruku. Asi po dvou měsících to začalo s Markétou skřípat. Markéta se chovala velmi dominantně, nechtěla Broňka přijímat „jaký je, přesto, že si ho takového vybrala...“ a začala si vymýšlet a dělat naschvály. Našla si další známost, neustále Broňkovi předhazovala jak je kluk skvělý, tak vztah ukončil.

## Dita

Vrátil se do města, kde bydleli Broňkovi rodiče. Jeho časté rozlady generovaly stavy, kdy chtěl být spíš sám, aby ho nikdo moc neotravoval a už vůbec ne ženské. Nicméně, občas se někde na nějaké akci zastavil („...to abych neztratil kontakt s realitou...“) a vlastně zcela náhodou potkal Ditu. Dita byla, dle Broňkových slov, slušná holka, skoro nepila, nebrala. Broněk také přestal brát a na půl roku byl úplně čistý, našel si práci operátora pásové výroby, dokázal tam využít i svou znalost angličtiny a žil střídavě na zaměstnanecké ubytovně a u Dity. Sice nebral,

o to víc ale začal pít, neboť mu k rozptýlení pořád něco scházelo. Dítě to samozřejmě velmi rychle začalo vadit, že prý je v hospodě víc než s ní. V hospodě mu to vyhovovalo, nikdo po něm nic nechtěl, často tam jen seděl a prohodil jen pár slov. K hádkám docházelo čím dál častěji, ze strany Broňka opět došlo několikrát ke slovní agresi. Po hádkách se čím dál častěji uklidňoval tím, že si opět *zahulil*.

V práci mu neprodloužili smlouvu (byl zaměstnán jen na dobu určitou), po půl roce se s Ditou rozešel a odstěhoval se od ní. Zůstal mu ještě nějaký čas nájem na ubytovně, kam se mohl vrátit.

## Lenka

Na jedné z hospodských akcí potkal Lenku. Dívku o tři roky mladší, aktivní uživatelku pervitinu. Netrvalo dlouho a i Broněk se k pervitinu znovu vrátil.

S ohledem na dobré reference z předchozí práce dostal Broněk možnost brigádně pracovat u otce v prodejně zahradnického náčiní. S ohledem na skutečnost, že opět začal brát a potřeboval peníze i na *matroš* pro Lenku, začal v otcově firmě krást. Vztah s Lenkou trval také jen pár měsíců, neboť poznal Bertu.

## Berta

Slovy Broňka, „*Berta byla čistokrevná nymfomanka*“. Potkal ji na nádraží, kde od ní žádal dvacetikorunu na lístek. Sice nefetovala, za to velice rychle poznala, že se pervitin je zárukou dlouhotrvajícího sexuálního zážitku. Sama Broňkovi pervitin pořizovala, po čase si Broňka nastěhovala k sobě domů, kde žila se svou matkou. Berta brala invalidní důchod a byla zdrojem neustálého přísunu pervitinu. Broněk v tomto čase stále brigádně pracoval u svého otce, začal ještě více krást. Přeprodával zboží bez faktury rovnou zastavárníkům a lichvařil. Na otázku, zda-li to otci nebylo divné, Broněk odvětil, že nebyl sám, kdo ve firmě kradl a dřív než se na to přišlo, dal otci výpověď s tím, že si našel lepší práci.

Berta chtěla také drogy vyzkoušet, Broněk záhy poznal, že její *dojezdy* jsou špatné. Bývala hodně hysterická, brečela a hádala se.

Postupně profetovali peníze z brigády, Bertin důchod a Broněk si vzal půjčku od nebankovní společnosti. Za tu pořídili na čas ubytování na hotelu a další *matroš*.

Když už došlo vše, stáli s Bertou na náměstí a řešili co tedy dál. Tam došlo k hysterické scéně, po které skončil Broněk na stromě a pak utekl za otcem do práce.

## Léčebna

Od otce putoval Broněk do psychiatrické nemocnice, kde byl dva týdny umístěn detenčně, neboť byl nebezpečný sobě i okolí. Po akutním příjmu, kde prý byl, dle svých slov, s těmi největšími blázný se dostal na detox a protialkoholní režimovou léčbu. Po 14 dnech odešel, neboť se nepohodl s dalším pacientem.

Po odchodu z léčebny opět několikrát užil metamfetamin, po týdnu ale zašel do kontaktního centra a domluvil si další léčbu s tím, že je přesvědčen o tom se léčit. Požádal znovu otce o pomoc, ten ho dovezl do jiné psychiatrické nemocnice. Tam setrval šest týdnů. Dostavovaly se intenzivní chutě, podepsali s kamarádem z léčby revers a odešli.



*„...no tak jo. Je to jak na houpačce (Broněk docela razantně maluje sinusovku) Když jsem fetoval, nebo jsem měl holku, byl jsem nahoře, když jsem byl po ústavech nebo na ulici, tak jsem byl dole... Jinak k tomu moc nemám, co bych řekl...“*

*EM: „ Co Karlov? Kde ho ve svém životě vidíte? Je to pro Vás cesta ven? Třeba něco jako světlo na konci tunelu?“*

*...jo, Karlov vidím jako světlo na konci tunelu, teď jenom aby mi nějak brzo nezhaslo...“*

## 8.2.4 Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu

*Vyloukání klínu klínem – náhrada nepříjemného pervitinu spíše akceptujícím alkoholem*

Z vyprávění o období vztahu s Ditou a dění okolo, se nabízí úvaha, že Broněk na chvíli zauvažoval o razantní změně. Po kolotoči krádeží doma, pochybných brigád si našel Broněk stálou a dle jeho slov docela smysluplnou práci, využíval zde svou znalost jazyka, PC, měl stálý přísun peněz, ubytování, vztah se ženou, která byla dle jeho slov čistá. Po dominantní a hádavé Markétě klidná voda Dita. Jakoby tušil, že s pervitinem to teď prostě nepůjde. Alkohol nabízel řešení v podobě „akceptovatelnější“ formy uvedení se do pohody.

Překvapivé zjištění, že Dita by měla být přeci šťastná, že nefetuje a „jen“ pije a ona není a dokonce (!) jí vadí, že sedí v hospodě, místo aby byl doma, zahájilo bludnou spirálu vysvětlování, obhajování, obviňování, končící naprostou rezignací, která vyvrcholila ukončením pracovního poměru.

*„Nejdřív jsem si zašel na dvě pivka po práci, chtěl jsem si odfrknout, dělali jsme to tak ve fabrice všichni. To bylo furt v kolik přijdeš...?, co budeš jíst...?, proč jdeš zas do hospody...?, kdy půjdeme nakupovat, do kina...? Už jsem to znal skoro nazpaměť. Lezlo mi to krkem, tak jsem byl v hospodě čím dál tím dýl a dělal jsem to naschvál. Na konci už jsem si musel i zahulit, abych se uklidnil, než se s ní potkám....“*

Když se autorka ptala, jestli si Broněk myslí, že je to standartní podoba vztahu, Broněk odvětil, že „proč ne? Do hospody přeci chodí kde kdo...“

### Promarněná příležitost

*„Zaměstnavatel ve fabrice, kde jsem dělal operátora pásové výroby byl Ir a při pohovoru se neskutečně divil, jaktože kluk z vesnice takhle válí anglicky. Občas jsem sjednával lidem z firmy taxíky, komunikoval jsem za ně, pokud bylo potřeba něco, hned a na místě vyřešit česky. Fakt mě to i bavilo. Chvilí to i vypadalo, že by se z toho mohlo vyjevit něco zajímavého, jenže já jsem líný a pohodlný a ničemu jsem nešel naproti. Takže jsem skončil u toho pásu, věděl jsem, že je to na dobu určitou, že mám přísun prachů jistě a o víc jsem se nestaral...“*

### Práce v lese

Když Broněk popisoval období, kdy pracoval v lese, v jednom momentu zmínil, že i přes skutečnost, že dost pil, byl to bezesporu šťastný čas. Fyzická práce na čerstvém vzduchu, kontakt s přírodou vytvářel dojem přirozenosti a souladu. Psychická a především fyzická kondice v tomto čase byla ještě ucházející a Broněk se cítil být po dlouhé době v životě spokojený. I fakt, že v té době neužíval metamfetamin, neměl žádné dojezdy, paranoidní stavy mu dopomohl, dle jeho slov, dospět k názoru, že metamfetamin „je fakt svinstvo“ a „lepší je žít bez něj...“



*„Měl jsem zdaleka víc energie, měl jsem chuť fyzicky makat, nevadilo mi dělat rukama a hlavně jsme žili tak nějak normálně. Občas jsme něco uvařili nebo upekli maso, žili jsme tam jako dobrá parta.“*

S nuceným odchodem z domu lesníků Broněk na normální život rezignoval. Jakkoli se nesnažil nalézt další pracovní možnost s možným zázemím, opustil kamaráda a lesnickou partu a dobrovolně zvolil život na ulici.

U Broňka se jedná o osobnost spíše nezralou, s nezdrženlivým chováním, s neustálou potřebou akce. S ohledem na ADHD v anamnéze se autorka domnívá, že se jedná o smíšený subtyp ADHD – tedy subtyp, který nemá převažující nepozornost, či hyperaktivitu a impulsivitu, ale přináší největší narušení funkčnosti. Převažující kognitivní postižení (problémy se soustředěním, organizací) vedou v tomto případě k tomu, že Broněk nedokáže vydržet u aktivit, které mu nenabízejí okamžité uspokojení. Neustálý vnitřní nepokoj ho doslova nutí k častým změnám situace. Impulzivita podpořena užíváním drog se znatelně manifestuje mimo jiné absolutní neschopností poučit se z předchozích chyb, vedle toho riskantní chování (porušování pravidel), dokonce i krádeže.

Hyperlabilitu charakterizuje zvýšená dráždivost, výbušnost a snížená schopnost sebeovládání. Lehkomyšlnost a nezodpovědnost svého jednání není Broněk schopen náležitě chápat a reflektovat. Snížená sebekritičnost jde ruku v ruce s omezenou schopností adekvátního sebehodnocení, adaptační problémy resultují v menší schopnost přizpůsobit se novému, nač nelze reagovat zafixovaným stereotypem.

Psychotický stav manifestovaný u Broňka vykazuje přítomnost silného persekucního bludu, paralogické myšlení a paranoidní percepci v podobě vizuální halucinace.

Brzy v čase užívání se u Broňka objevují „záseky“ v podobě uvíznutí a fascinace nad počítačovou grafikou, kdy uvádí, že zcela ztrácel pojem o čase. V tomto čase se taktéž zřejmě objevuje první paranoidní ladění, kdy při každém kliku myší sledoval, zda-li tím nikoho neruší.

V čase rozhovoru Broněk již nevykazoval žádné zbytkové příznaky psychotických stavů, v době rozhovoru mu zbývalo šest týdnů do konce léčby v terapeutické komunitě. S ohledem na plánovanou interferonovou léčbu je u Broňka opravdu nebytné klást důraz na změnu životního stylu a psychoterapeutické práci podporující doživotní abstinenci od všech návykových látek.

## 8.3 Případová studie Cyril

Muž 21 let, dg. F 19.2 (pervitin, THC, alkohol), vzdělání dokončené základní, první léčba v TK (předcházela jí tříměsíční hospitalizace v PL).

*„Koupil jsem si skank za 50 tisíc. Chtěl jsem ho obratem střelit. V té době jsem fakt hodně fetoval, skoro jsem nejedl, moc jsem nepil, nespál jsem prakticky vůbec, no byl jsem na tom fakt bídě. Došel jsem do baráku, kde bydlel kupec, zvoním na zvonek nahoře v patře a nikdo mi neotvíral. Najednou jsem slyšel policejní houkačky, podíval jsem se z okna paneláku a vidím poliše. 3 policejní auta, rozblíkaný majáky, začal jsem utíkat jak šílený. Doběhl jsem na parkoviště a tam jsem hodil batoh s matrošem pod jedno zaparkované auto. Pak jsem jel na Ch. do nákupního centra a tam jsem se v davu čtyři hodiny schovával. Volal jsem kámošovi, ten přijel, profackoval mě, řekl mi, že jsem debil, že tam žádný policajti bejt nemohli. Odvezl mě k jinému kámošovi, dal mi napít, čáru a pak jsme se jeli podívat na to místo, kde jsem zahodil ten baťoh. No jasně, že tam nebyl. Kámoš mi povídá, že jsem sice hovado, ale dobrosrdečný, protože jsem udělal hezký Vánoce někomu jinému...“*

*„...Pohyboval jsem se v centru. Dvakrát za noc si na mě policajti počíhali. Vždycky jsem stihnul zahodit šroubovák i drogy, takže mi nic nenašli. Poprvé jsem měl u sebe akuvrtačku, tu mi teda sebrali. Za tři hodiny mě chytili znovu. Říkám jim, že jdu na noční tramvaj. Celou dobu jeli v policejním autě vedle mě a sledovali mě, jestli nastoupím. Nakonec jsem jim řekl, že půjdu pěšky. Došel jsem domů, doma jsem všude zhasnul, plazil jsem se podél zdí a po zemi a pozoroval světla aut. Za každým autem jsem viděl policajtský auto, bylo to šílený. Pak jsem taky poslouchal co se děje v baráku. Našlapoval jsem fakt po špičkách, každou chvíli sem se zastavil a poslouchal. Když ráno začali lidi chodit do práce, tak jsem je i po baráku sledoval...“*

### 8.3.1 Situace výchozího bodu

Klient nastoupil léčbu v terapeutické komunitě bezprostředně po propuštění z psychiatrické nemocnice. V PN strávil 3 měsíce, byl plánovaně hospitalizován z důvodů závislosti na pervitinu, alkoholu a hráčství. V čase rozhovoru je klient klidný, orientovaný v čase i v prostoru, emočně živý, spolupracující. Výrazně materiálně orientován, uvažování bez struktury a reálného hodnocení přítomnosti. V terapeutické komunitě je sedm měsíců a 4 týdny mu zbývají do plánovaného ukončení léčby. Klient dosavadní léčbu hodnotí jako velmi úspěšnou a mluví o velké motivaci ke změně a setrvání v abstinenci.

### 8.3.2 Anamnestická data a životní příběh Cyrila

Cyril se narodil v roce 1995 a pochází z okresního města. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, kříšení 0, forceps 0. Klient prodělal běžné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice, spála). Operace herniotomie, bezvědomí 0. Úrazy fraktura humeru po pádu na lyžích (13 let). HIV, HVB, HVC negativní.

V dětství (ne blíže specifikováno) prodělal dětskou mozkovou obrnu s následnou hemiparézou. Nyní je plně rehabilitován. V dětství též trpěl vážným atopickým ekzémem.

V čase začátku školní docházky se ukázaly závažnější poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie).

Cyril uvádí, že biologického otce nezná a že po něm nikdy nepátral. Žil s matkou, bratrem o 2,5 roku starším, babičkou a dědou v menším městě. Roli otce prý plně suplovali děd a strýc, takže otce Cyril prý vlastně ani nepostrádal. Matka měla dlouhodobého přítele, cca do 15 let věku Cyrila, se kterým se pak rozešla. Cyril vztah s ním komentuje jako přátelský a nekonfliktní.

Dětství popisuje Cyril jako šťastné a bezproblémové, s rodinou jezdili každý rok v létě k moři, v zimě na hory, matka se snažila, aby synové nestrádali a nepocíťovali nepřítomnost otce v rodině.

Cyril byl prý v dětství spíše samotář, hodně dle svých slov „ujížděl“ na stavebnici Lego, trávil prý nekonečné hodiny stavěním a jen máloco ho z této aktivity dokázalo vytrhnout. V důsledku diagnostikovaných poruch učení se Cyril postupně zhoršoval prospěchu, již v průběhu prvního stupně ZŠ. Druhý stupeň byl dle Cyrila už „hodně velká bída“, učení ho nebavilo, ve škole mu to nešlo.

V 7. třídě poprvé kouřil, alkohol prý okusil, ale nijak moc nepil.

### **První tráva**

Po dokončení ZŠ nastoupil na SŠ elektrotechnickou. V prvním ročníku SŠ se poprvé setkal s marihuanou. Dostal ji od spolužáka – souseda v lavici.

Cyril uvádí, že *hulil* opravdu každodenně. K tomu začal sprejovat, tagovat, s tím souvisely počátky pozdních příchodů domů. Propadl též skateboardingu, trávil na skejtu většinu svého volného času. Takto fungoval dle svých slov asi rok.

S tím, že většinu času trávil s kamarády skejťáky, začalo záškoláctví, které nabralo dle Cyrila rychle strmý spád, neboť do školy chodil jen velmi sporadicky, pak již vůbec. V důsledku častých absencí a incidentu, kdy přišel do školy značně podnapilý a tropil výtržnosti po prvním ročníku střední školu ukončil.

Matka byla prý hodně naštvaná, ale po čase prý pochopila, že na škole neměl s ohledem na své obtíže s učením co dělat.

### **První Piko**

Po prázdninách, které strávil u strýce na jihu Čech, kde pomáhal v lese a při stavbě domu nastoupil na střední odborné učiliště elektrotechnické. Na učilišti se poprvé setkal s metamfetaminem (opět od souseda v lavici). Od prvního užití metamfetaminu, hodně *hulil* trávu, začal chodit do školy zfetovaný, chodil pozdě, rušil a bylo více než zřejmé, že jeho působení na škole nebude mít opět dlouhého trvání.

Cyril chodil v tuto dobu na brigády, stavěl stánky na veletrzích a přišel si, dle svých slov na obstojné peníze.

Po dvou týdnech od prvního užití metamfetaminu znovu užil (získal ho opět od spolužáka). Utvrdující intenzita zážitku ho dovedla k tomu, aby si pervitin začal shánět sám. Díky novým kontaktům při shánění pervitinu poznal nové kamarády, přestal chodit do školy úplně a odstříhl své dosavadní přátele.

Scházeli se na kultovním místě skejťáků, s kamarádem Jardou, který se na dlouho stal jeho drogovým partákem, fetovali denně. S ohledem na zvyšující se potřebu financí začal Cyril s Jardou páchat trestnou činnost – vykrádali auta.

Cyril nejprve chodil jen s partou a hlídal, pak dělal řidiče, pak se již na krádežích začal podílet sám.

Na otázku jak se k němu v tomto čase stavěla matka Cyril odpovídá:

*„Máma jezdila nejdřív za dědou a za babičkou, kteří byli oba hodně nemocní. Když děda zemřel, babička byla převezena do hospicu, kam za ní máma taky každý den jezdila. Nade mnou úplně ztratila kontrolu, protože měla starosti až nad hlavu...“*

Prázdniny po prvním ročníku na učilišti byly, podle Cyrila, hodně divoké. „Hodně jsem se flákal venku, pil jsem, hulil jsem, fetoval jsem. Dělal jsem řidiče kámošům, kteří v krádežích „povýšili“ z krádeží příslušenství na krádeže aut. Za to, že řídil, dostával od kamarádů drogy.

Cyril začal také hodně pít, alkohol kradl v obchodech.

*„...šel jsem silou. Neřešil jsem, jestli mě vidí nebo ne, buď to vyšlo, nebo mě chytli. Za škodu do pěti tisíc mi stejně nemohli nic udělat... Občas mě chytli měšťáci, zaplatil jsem pokutu, pořád se to ale bohatě vyplatilo... Objevil jsem Makro, tam to byl ráj. Dalo se brát skoro všechno. Pak už na mě číhali, nevolali měšťáky a rovnou mě zbili... Chlast jsem vyměňoval za trávu a za perník, žilo se mi blaze...“*

Cyriilovi začalo být málo, dle jeho slov, dělat klukům poskoka, začal krást také.

*„Pochytil jsem spoustu figlů, za noc jsem byl o 20-30tis. bohatší. Peníze šly na chlast, drogy a kurvy. Chodit do bordelu se rovnalo příslušet lepší společnosti mezi čórkařema. Tam jsem přičichl k automatům, takže jsem začal i gamblit...“*

Na privátu poznal Cyril Pavlínu. Pavlína byla gamblerka, občas hulila, ale nebrala. Cyril říkal, že jí hodně dotoval, co nakradl, to investoval do Pavlíniny a tak Cyril začal hrát také v blahé naději, že to z automatů dostane zpátky. Pavlína se do Cyrila zamilovala, scházeli se asi půl roku, jenže Pavlína prý chtěla vztah, Cyril nikoli.

## **Dvojitý život**

*„...žil jsem dvojitý život. Doma jsem byl milius, pomáhal jsem mámě, nakupoval jsem, uklízel jsem, dělal jsem co se mi řeklo. Máma si myslela, že mám holku, já jí to rozhodně nerozmlouval, bylo to pro mě parádní krytí. Taky asi tušila, že zas nechodím do školy, pokoušela se to zehlit s třídním, ale celkem bezvýsledně. Podmínkou bylo, že se do školy vrátím a budu tam chodit, to jsem věděl, že to neklapne...“*

Na konci druhého ročníku SOU Cyril musel dělat reparát. V tuto dobu se matka dozvěděla, že hulí trávu, protože situace již byla zcela neudržitelná a Cyril to ani nijak neskrýval, o pervitinu se ale nedozvěděla.

I přes všechny peripetie nastoupil do Cyril do dalšího ročníku, jeho zahájení však bylo pouze formální, neboť do školy prakticky nechodil. Tři čtvrtě rok uvádí Cyril jako den po dni přes kopírák. Přes den jakžtakž fungoval doma. Když matka zrovna nebyla v bytě, tak pospával, odpoledne občas něco doma udělal, navečer se ztratil a celou noc nebyl doma.

V 18 letech v důsledku finanční nouze vybral Cyril stavební spoření.

*„Když jsem se přišel zeptat jak se to dělá, vybrat stavební spoření, řekli mi, že na to stačí jen občanka. Ptám se, jestli to jde řešit hned – no tak tedy pojďme na to...“*

400 tisíc roztočil za týden.

V 19 letech, kdy ze školy definitivně odešel, začal jezdit se spediční společností. Pracoval pro firmu dva měsíce, než přišel o řidičský průkaz.

*„V práci jsem chyběl jen jednou, byl jsem fakt spolehlivej. Když jsem přišel o papíry, řekl jsem to, že končím, i když kluci tam jezdili na vlastní triko i bez papírů...“*

Cyril uvádí, že to už na něm bylo hodně poznat, že bere.

*„Styděl jsem se, byl jsem vyhublej a pořádně vykroucanej...“ Hlavně huba mi jela teda děsně...“*

*„Na svátek čarodějnic 2014 jsem přišel o papíry. Policajti mě chytli, že mi nesvítí světlo. Byl jsem zhulenej, zfetovanej, zatkli mě a odvezli na služebnu. Odtud na do nemocnice. Auto jsem před tím ještě stihnul předat kámošovi, jenže ten byl nalitej, policajti si na něho počíhali a jak se rozjel tak ho stavěli, měl bratru 2 promile...“ Potkali jsme se pak na odběrech v nemocnici...“*

*„Byl jsem poučenej od kámošů, co mám dělat. Souhlasil jsem s odběrem, když mě napíchli, ucukl jsem a řekl, že víc nedám. Z toho odběru nakonec nic nezjistili, takže celý případ museli odložit. Za dva měsíce jsem měl řidičák zpátky...“*

Když Cyrilovi vrátili papíry, začal znovu jezdit jako dopravce, tentokrát se zeleninou. Opět nastalo období, kdy jeden den byl jako druhý, Cyril uvádí, že nemá z té doby vůbec žádné záchytné body.

## **Nové obzory**

Po roce šňupání přišel první nástřel. Dle slov Cyrila byl jen jeden, pak se vrátil ke šňupání, neboť se bál. Po půl roce další nástřel a pak zase na čas nic.

*„Kámoši mi řekli, že jsem po tom úplně nepoužitelný. Šňupal jsem dál, i když často mě to stálo dost sebezapření. Už jsem byl pořádně rozežraný, musel jsem se hodně přemlouvat a vždy to bylo hodně rychlé....“*

Po pár měsících přišel další nástřel, jejich četnost se stále zvyšovala s tím, že Cyril už si uměl aplikovat metamfetamin sám.

Cyril potkal novou partu, která dělala krádeže motorek. Vzhledem k tomu, že Cyril vlastnil dodávku, byl pro ně velmi cenným společníkem. Bohužel se skutečností, že Cyril přešel na i intravenózní aplikaci, přišel o své předchozí přátele – sktejtáky, kteří s ním už za těchto okolností nechtěli nic mít.

Matka začala mít vážné podezření, neboť příznaky fetování již dle Cyrila byly zcela zřejmé (nápadné zhubnutí, vykroucenost, časté mluvení z cesty...).

## Varna

Cyril matce v květnu 2015 při banální dopravní nehodě naboural auto. Když ho matka chtěla zaparkovat v jejich garáži, než ho opraví, nastal problém. Cyril totiž garáž pronajal vaříčovi pervitinu a v garáži se nacházela kompletní varna. Matka si vzala od Cyrila klíče, chtěla zaparkovat auto a varnu našla. Nechala jí, dle slov Cyrila, v tichosti zlikvidovat známými, kteří pracovali u hasičů, Cyrila se ptala co to má jako znamenat a Cyril ji vše narovinu řekl. Matka byla v šoku, na policii ale nešla a celou věc si nechala pro sebe.

Nicméně, jak Cyril uvádí, v té době již byl v intenzivním hledáčku policie, tudíž věc nezůstala dlouho utajená a Cyril v současné době pro toto čelí trestnímu stíhání.

Cyril by rád začal nový normální život, celé léto to se k tomu odhodlával, ale daň závislosti již byla příliš vysoká.

V listopadu 2015 dostal Cyril od matky ultimátum, že má týden na to, aby se rozhodl, zda půjde do léčby či nikoli, pakliže nepůjde, že musí odejít z bytu. Tento ultimativní týden Cyril doslova „profetoval a prokalil“, den před nástupem do léčby se opil tak, že dorazil domů bosý a usnul v trávě před domem. Matka ho tam v noci našla, nechala ho vyspat a ráno spolu odjeli do psychiatrické léčebny.

V nemocnici byl Cyril hospitalizován tři měsíce, s pomocí adiktologa si našel další léčbu v podobě terapeutické komunity, z nemocnice byl po třech měsících propuštěn a převezen přímo do terapeutické komunity.

V průběhu hospitalizace PN Cyrila několikrát navštívila kriminálka.

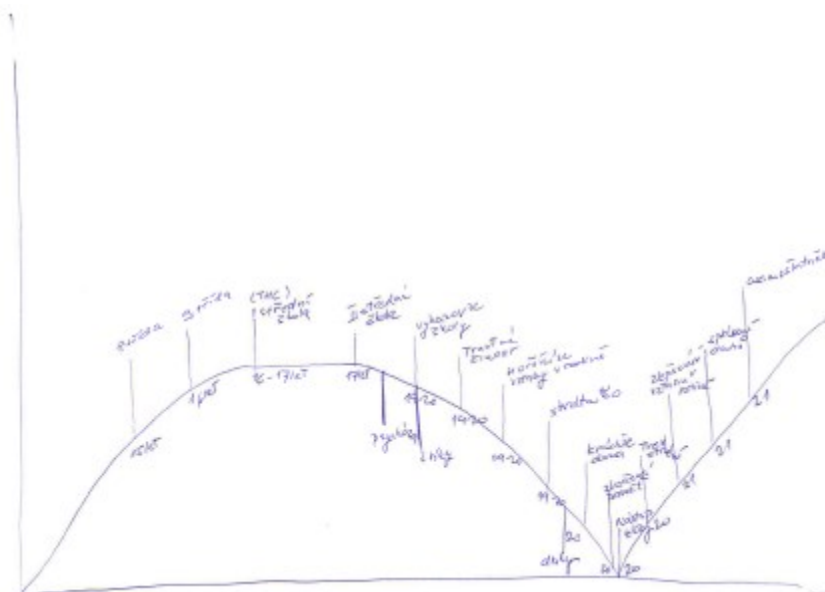
*„...zachoval jsem se jako feťák. Lhal jsem a svedl jsem je na falešnou stopu. Kámoš, co jsem s ním byl na pokoji mi říkal, že jsem úplně mimo, ať jim okamžitě zavolám a řeknu jim pravdu. Tak jsem jim zavola a druhý den přijeli zas. Říkali, že to berou jako spolupráci...“*

*„Bylo fakt těžký vypovídat proti kamarádům, dealerce, se kterou jsem se hodně kámošil....“*

Již v průběhu pobytu v terapeutické komunitě se Cyril spojil s probační a mediační službou, hodně mu v tom pomohl matčin přítel. Snaží se spolupracovat a vykazuje součinnost s vyšetřováním.

### 8.3.3 Životní křivka a komentář klienta

**Obr. 12** Životní křivka Cyrila



EM: „Zkuste nakreslit svůj život tak, že použijete čáru, nebo spíš křivku. Když půjde nahoru, znamená to, že Vám bylo lépe, když půjde dolů..., no je to jasné, že...?“

„OK. Rozumím. Průšvih je, že já si toho fakt moc nepamatuju. Já jsem vlastně od patnácti furt hulil. Skejtoval jsem, pařil s kámošema a ten život byl takovej, no prostě furt stejnej...“

EM: „Tak nějaké záchytné epizody máte. Vždyť jste mi o nich vyprávěl. Tak mi třeba řekněte, když jste stavěl ty stánky na veletržích, to bylo asi fajn, ne?“

„...jo to bylo takový pohodový období. Měl jsem dost peněz, byl jsem pořád mezi lidma, bavil jsem se. Co jsem chtěl, na to jsem měl, doma to bylo takový, že jsem vlastně mámu ničím nezatěžoval, nechtěl jsem po ní nikdy žádný prachy. Takže to je vlastně ten vrchol toho kopce, tam jsem na tom byl asi nejlíp...“

„...no, v devatenácti už mi ten život začal prostě ujíždět. Jak jsem furt smažil, úplně se mi to slejvá. Mám pár záchytných bodů, dost se toho taky dozvídám z okolí, protože dost zapomínám...“

*EM: „Povězte mi něco o tom, jak se stalo, že máma objevila tu varnu“*

„...to už jsem fakt ale vůbec nedával bacha na to, co dělám. Dělal jsem chyby, hodně jsem zapomínal, co jsem kdy komu před tím řekl. Vlastně ani nevím, proč jsem to nabouraný auto nechal parkovat matku, už jsem byl fakt tak vymaštěnej, že jsem nedohlíd, že by to mohlo prasknout. Když už matka objevila tu varnu, bylo jasné, že se z toho jen tak už nevyhrabu...“ Ale vlastně, když to vezmu zpátky, bylo to úlevné, jinak nevím jak dlouho bych v tom ještě jel...“

*EM: „A Vaše současné rozpoložení?“*

„No, teď se bojím vězení, teda ne vězení, ale recidivy v něm....Ta varna se táhne od roku 2014, to nebude jen tak... A to ještě do teď nikdo neví o těch krádežích aut...“

### 8.3.4 Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu

#### Dvojitý život

U Cyrila je pozastavení hodné, kterak dokázal manipulovat s okolím, resp. s nejbližší rodinou. V průběhu povídání uvedl, že doma hodně pomáhal, vycházel matce vstříc a jeho nepřítomnost si matka vysvětlovala tím, že má Cyril známost a Cyril jí to pochopitelně nerozmlouval, neboť to bylo zcela vhodné alibi. Do školy nechodil, přes den v matčině nepřítomnosti pospával doma a večer odcházel. On ale sám v průběhu vyprávění několikrát zopakoval, že užívání pervitinu na něm bylo hodně znát.

*„...na to, že se divně kroutím a huba mi furt jede mě upozornili kámoši. Myslím, že to bylo tak po pár měsících od začátku, co jsem začal šňupat. Pak jsem taky často mluvil hovadiny. Chtěl jsem něco říct a pak to bylo úplně mimo souvislost, přesto, že jsem to myslel úplně jinak. No normální lidi tomu prostě nemohli rozumět...“*

*„Tak třeba, jel jsem do Německa s člověkem, teda dělal jsem mu řidiče. Seděl na zadním sedadle a telefonoval. Na to co říkal do telefonu jsem já nahlas odpovídal nesmysly. Pak už mě okřik, ať držím hubu, nebo že vystoupí...“*

Na otázku jak je možné, že všichni ostatní byli schopní identifikovat užívání metamfetaminu, jen Cyrilova matka ne, Cyril odpovídá, že dělal zkrátka všechno proto, aby doma nebylo nic poznat, nicméně přesto v autorce rezonuje úvaha, že matka před Cyrilovým počínáním dlouho zavírala oči a nechtěla akceptovat vážnost situace (byť tedy pod tíhou starostí o své rodiče a bratra měla, dle slov Cyrila svých starostí dost).

#### Programová agrese

Cyril popisoval jednu konkrétní zkušenost s návštěvou úřadu ve věci vyřizování sociálních dávek. Od samého začátku připouštěl, že trochu bojuje s administrativní činností a v důsledku jeho častého zapomínání se návštěvy úřadů stávají opakovanými, přesto poslední návštěvu už zcela programově předpokládal jako konfliktní, kdy už předem věděl, že dojde k nějakému maléru, přesto se tomu nijak nesnažil zabránit.

*„...mám dost problémy s papírama, teda jako s administrativou. Všechno mi dlouho trvá, když mám něco zúřadovat, vždycky je to na několikrát. Hodně zapomínám, takže to pak odložím, vrátím se k tomu třeba za šest neděl. Když jsem si vyjednával na finančáku hmotnou nouzi, ženská mi tam povídá, že mám přinést ještě tohle. Tak jsem se tam vrátil za tři týdny, přinesl jsem, co chtěla. A ona, že mi chybí ještě támhleto. Tak jsem znova přišel asi za měsíc a to mi říká znova, že něco nemám. Už jsem nějak podvědomě tušil, že bude zase kafrat. Šel jsem si prostě vylít zlost. Už mi prdly nervy, řval jsem na ní, jestli si ze mě dělá srandu, smet jsem ji tužky a kalendář ze stolu, vyvedla mě ochranka...“*

V Cyrilovi lze spatřovat osobnost velmi nezralou, nezdrženlivou, obecně symplexního rázu. Zcela jednoznačně patrná je deprivace v důsledku dlouhodobého abúsu. Počáteční motivaci změnit všednost života a nějak jej obohatit postupně přechází k neschopnosti aktivní obrany, přežívání ze dne na den bez jakékoli reflexe následku v budoucnosti. Návyk na metamfetramin zcela ochudil životní styl na redukovaný stereotyp, naplněný aktivitou zaměřenou na získávání prostředků pro opatření drogy, a to za jakoukoli cenu. V Cyrilově případě ovšem příliš nedochází k nějaké reflexi osobnostního propadu, bere stávající situaci jako prostě „nastalou“ bez ochoty



jakkoli participovat na změně. Obdobně jako v předchozí případové studii zde převažuje kognitivní postižení (problémy se soustředěním, organizací) vedou v tomto případě k tomu, že Cyril zcela eliminuje aktivity, které mu nenabízejí okamžité uspokojení. Ve stresových situacích Cyril postrádá nadhled a trpělivost, problémy s vnitřní organizací a poruchy učení v anamnéze ukazují na použití agrese jako nejefektivnějšího prostředku dosažení cíle, či ventilování frustrace, kterou daná situace přináší.

Ve vztahové rovině je oploštělý, dlouhodobé kontakty nevyhledává a nenavazuje, neboť si je více či méně vědom potřeby jisté investice do udržení vztahů a pout. Dle autorky se osobnost Cyrila vyznačuje vedle nedostatku citu i chladem a lhotejností vůči společenským normám, které vyúsťují v často bezohledné asociální chování. Je málo ovlivnitelný trestem, je zde patrná nízká schopnost poučit se ze zkušenosti, sklon k agresi, nízká tolerance k zátěži, absence lítosti, impulzivita.

Cyril je velmi materiálně založen, má potřebu vlastnit. Za cenu získání toho co potřebuje (uzná za nezbytné vlastnit) neváhá využít fyzické síly i nezákonných prostředků.

Psychotický stav manifestovaný u Cyrila vykazuje, stejně jako v předchozích případech, přítomnost silného persekucního bludu a paranoidní percepce v podobě vizuálních halucinací represivního rázu.

V čase rozhovoru Cyril stále ještě vykazoval patrné příznaky hyperkinetického extrapyramidového syndromu, který je častým obrazem projevu dlouhodobého abúzu. To představuje výkon určitých pohybových stereotypů (automatismů), v Cyrilově případě častého grimasování a častá, opakující se gesta a pohyby. V průběhu rozhovoru Cyril zmínil, že se snaží využívat relaxačních a kompenzačních technik, zmírňujících tyto projevy, nicméně jejich úspěšné uvedení do praxe – jak sám uvádí – je běh na dlouhou trať.

## 8.4 Případová studie Denis

Muž 22 let, dg. F 19.2 (pervitin, THC), F 61.1, vzdělání dokončené základní, druhá léčba v TK (bezprostředně jí předcházela tříměsíční hospitalizace v PL).

*„...sem tam mě zastavila kriminálka, jestli něco nevím. Kdykoli jsem šel ven, viděl jsem pak všude policajty. Když jsem potkal bílou dodávku, začal jsem zdrhat.“*

*Jak jsem pendloval mezi mámou a Kateřinou, když jsem se jednou vracel domů, měl jsem halucinace. „Viděl jsem u baráku stíny, najednou jsem věděl, že tam na mě čekaj Vietnamci. Sedl jsem si v parku na lavičku a dlouho jsem tam seděl a jen čekal, až odejdou...“*

*„Když jsem byl pak u Niny, neustále jsem slyšel, že někdo klepe. U televize jsem měl halucinace, že jde někdo po schodech. V televizi hrála muzika a já jsem slyšel dupot na schodech... Několik hodin jsem stál za dveřma a poslouchal jsem, měl jsem utkvělou představu, že na nás vletí komando. Jednou jsem takový záťah viděl a není to fakt nic příjemného...“*

*„Jednou se taky stalo, že jsem přišel do herny, Kateřina tam hrála bedny. Sedl jsem si na bar, dal jsem si colu, najednou mě týpek chytnul pod krkem a za košili, vytáhl bouchačku a řekl, že jestli okamžitě nevypadnu, že mě zabije. Odešel jsem, brzo se mě chytla utkvělá představa, že vystříleli celou mou rodinu. Chodil jsem v půl třetí ráno po městě, nikoho jsem nepotkal, začal jsem panikařit, že jsem na světě zůstal sám. Doběhl jsem domů, bouchal jsem na dveře, asi pět minut nikdo neotvíral, už jsem brečel. Shodou okolností na schodech v domě byla krev (pak mi to máma vysvětlila, že si tam jejich pes tahal klíště), byl jsem zoufalej, chtěl jsem se zabít... Najednou máma otevřela. Hned ráno jsme volali do nemocnice a domluvili detox...“*

### 8.4.1 Situace výchozího bodu

Klient nastoupil léčbu v terapeutické komunitě bezprostředně po propuštění z psychiatrické nemocnice. V PN strávil 3 měsíce, byl plánovaně hospitalizován z důvodů závislosti na pervitinu. V čase rozhovoru je klient klidný, orientovaný v čase i v prostoru, emočně stabilní, spolupracující. Osobnost narušena v důsledku nepříznivého vývoje. V terapeutické komunitě je třetí měsíc a cca 5 měsíců mu zbývá do plánovaného ukončení léčby. Klient léčbu v komunitě dobře zná, v předchozím případě pobýval v komunitě téměř půl roku, dosavadní průběh hodnotí jako úspěšný a mluví o tom, že by chtěl konečně žít normální a slušný život.

### 8.4.2 Anamnestická data a životní příběh Denise

Denis se narodil v roce 1994 a pochází z menšího města. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, kříšení 0, forceps 0. Klient prodělal běžné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice, spála). Operace 0, bezvědomí po opakovaných úrazech hlavy. HIV, HVB, HVC negativní.

Suicidální pokus v 15 letech – podřezal se ve vaně, probral se, když ho volala babička, sám se ošetřil a utekl, aby ho neviděla.

Denisovi rodiče se rozvedli, když mu byly dva roky. Dětství s matkou bylo fajn, až do času šesti let věku Denise, kdy si matka přivedla domů přítele. Matčin přítel přišel do rodiny rovnou

z vězení (Denis to nevěděl), ze začátku si docela rozuměli, Milan ho brával ven, koupil mu psa (což mu matka nikdy nedovolila) a tím si ho zpočátku velmi získal.

Na základní školu nastoupil Denis v menším městě, kde rodina bydlela. Denis byl bystrý, zvědavý, měl samé jedničky a škola ho bavila.

### **Cesty k rozptýlení**

V devíti letech věku Denise nastaly vážné problémy doma, Milan pil a byl agresivní, často matku mlátil. Denis často utíkal za babičkou, která bydlela ve stejném městě. Také se výrazně zhoršil ve škole.

V té době začal hrát fotbal, ten částečně rozptyloval jeho čím dál horší rozlady ze situace doma. Hodně trénoval, přes víkendy jezdil na zápasy a dle jeho slov ho to hodně bavilo.

V páté třídě začal s partou starších kamarádů kouřit. Ve škole začal hodně vyrušovat, bojovat o pozornost a na konci páté třídy přišla první dvojka z chování.

Ke starším kamarádům hodně tíhnul, viděl v nich vzor nadcházejícího dospívání. Matka v té době o Denise nijak zvlášť nejevila zájem a nestarala se o to, co Denis dělá a jak se mu daří.

V šesté třídě objevil Denis marihuanu. Přinesli jí do party jeho starší kamarádi, před školou si dal Denis dva prásky z jointa a *hulení* se mu okamžitě zalíbilo.

*„Byl to hodně uvolňující pocit. Hodně jsem se smál, starosti mi přišly najednou úplně zbytečný...“*

V té době se narodila Denisova sestra a Denis to, dle vlastních slov, hodně špatně nesl.

Denis uvádí, že byl od mala hodně zvědavý a živý a v průběhu vyučování dost rušil, když začal *hulit* trávu, dost se uklidnil. Tvrdí, že si uvědomoval, že *hulení* trávy není v pořádku, bral to jako experiment a měl k ní patřičný respekt.

V té době přišla *de facto* první a poslední intervence ze strany matky, která trvala na tom, aby se s partou nebavil, neboť kluci jsou průšviháři a Denise do toho dříve či později namočí také. Začala Denisovi nastavovat hranice, Denis dostával více úkolů doma, „jít ven“ si musel zasloužit, když povinnosti nesplnil, dostal „zaracha“.

V sedmé třídě si již trávu začal Denis opatrovat sám. Naučil kouřit i své spolužáky aby se nemusel neustále vtírat mezi ty starší.

*„Hulil jsem jednou týdně, většinou po trénincích. Kluci šli po fotbale do hospody a chlástali, alkohol mi nedělal moc dobře, tak jsem hulil...“*

V osmé třídě si našel dealera, opatroval si velké dávky. V té době přestupovali ve fotbale z okresního do krajského přeboru, dojížděli častěji do většího města a pro Denise to představovalo především svobodu.

*„Máma začala brzy po narození ségry hodně pracovat. Takže hlídala babička, nebo já. S Milanem už byly jenom problémy... Tráva byla únikem z reality, viděl jsem, že to doma nevypadá tak, jak to v normálních rodinách vypadá a fakt dost mi to vadilo...“*

V osmé třídě začal trávu Denis už i prodávat. *Hulil* několikrát denně. Jednou ve škole Denise otestovali, samozřejmě byl pozitivní na THC, ze školy okamžitě volali policii a sociálku.

Za Denisem začala jezdit kriminálka, opakovaně ho vyslýchali. Hodně zatloukal, nechtěl prozradit jména kamarádů, kteří v tom jeli s ním. Kalkuloval s tím, že když vše praskne, půjde do dětského domova, neboť bezútěšná situace v jejich rodině nebyla ve městě žádným tajemstvím.

*„Policajti na mě neustále vytvářeli nátlak, já jsem zatloukal, kámoš řekl úplně vše, napráskal ostatní co hulili, dealera. Masakr... Musel jsem k soudu, dealer dostal podmínku, já jako mladistvý jsem odešel bez trestu...“*

V deváté třídě došlo na první kontakt s pervitinem. Stalo se tak na diskotéce ve městě. Denis v té době už hodně utíkal z domova, bydleli v přízemí, často když máma usnula, vylezl oknem.

*„O pervitinu jsem toho moc nevěděl. Po první čáře jsem měl pocit, že to se mnou vůbec nic nedělá. Z diskotéky jsme šli ke kamarádovi, bylo mi jedno, že se nevrátím domů tak, aby na to máma nepřišla. Přišel tam jiný kámoš a povídá mi, že vypadám dost divně... Šel jsem se podívat do zrcadla a pochopil jsem... Měl jsem pochopitelně strach přijít v tomhle stavu domů, šel jsem na babiččinu zahradu, kam jsem se regulérně vloupal, umyl jsem se tam, chtěl jsem se trochu vyspat. Nakonec jsem se dal nějak dohromady a šel domů. Máma kupodivu nic nepoznala...“*

Denis překvapivě uvádí, že ho pervitin napoprvé neoslovil. Jeho matka v té době měla již vlastní zkušenost s pervitinem.

## **Peklo na zemi**

*„Po čase se narodil první brácha, rok na to druhý. Máma pak už brala dost, na dojezdech přes den spala, bylo to divný. Celá domácnost šla do háje, doma jsem začínal nacházet stříkačky, mámu toho moc nezajímalo. Jednou jsem přišel domů, doma strašnej bordel, v kuchyni rozsypaná mouka v tom seděli kluci, něco jedli... Pak nám taky třeba na měsíc odpojili elektřinu...“*

*„Často jsem se o kluky staral, brával jsem je k babičce, matka na to čím dál víc spoléhala. Sousedi to věděli, zavolali na mámu sociálku. Jednou jsem šel na party, doma to vypadalo hrozně, byl jsem domluvený s kámošema, nevěděl jsem, jestli vůbec můžu odejít. Volal jsem babičce ať přijde hlídat. Sousedi zase volali sociálku, v ten den mámě kluky sebrali... Mámě to neumím odpustit...“*

*„Byl jsem na tom fakt hodně špatně, psychicky jsem byl úplně rozložený. Na tý party říkám kámošovi, jestli nemá nějaký drogy. A že to chci tak jak on, teda nitrožilně. Ptal se mě kolik беру, tak mu povídám asi trojnásobnou dávku, než jsem vždy šňupal... Ten nástřel byl šílený. Kašlal jsem, měl jsem mrazivý pocit na plicích. Byl jsem pořádně zrychlený, vstal jsem, spadnul, vstal, spadnul... Lehl jsem si do mokré trávy, sundal jsem si triko, mikinu a nechal jsem ten nájezd odeznít... Díval jsem se na oblohu, nebyl jsem absolutně schopný ostřit na hvězdy, když jsem otočil hlavu, šel se mnou celý obraz... Pak mi najednou začlo být strašně dobře. Vstal jsem, rozběhl jsem se, doběhl jsem na tu party a tam jsem se zasekl na tři dny...“*

Když se Denis vrátil domů, tam nikdo. Šel za babičkou, ta byla na zahradě. Řekla mi co se stalo, že mámě kluky sebrali.

*„Byl jsem hrozně nešťastnej. Chtěl jsem, aby máma zmizela z mého života... Máma fetovala, hulila, bylo to hodně zoufalý...“*

Po prázdninách Denis nastoupil na SŠ, soud svěřil Denise babičce, Milana znovu zavřeli, matka zůstala doma sama v bytě bez elektřiny. Denis byl přes týden na internátě, domů dojížděl jen na víkendy. Na intru sám se sebou hodně řešil vztah s mámou, hodně vzpomínal na bratry, kteří byli v tu dobu již v dětském domově.

*„Když jsem si dal poprvé nitrožilně pervitin, řekl jsem si, že to bylo taky naposled. Viděl jsem, co to dělá s mámou. Takže jsem zase jen hulil...“*

*„Měl jsem hodně málo peněz. Sociálka mi platila školu a intr, vycházel jsem s padesátikorunou na den. Musel jsem si platit, obědy, cesty. Jasně, že když jsem hulil, měl jsem taky větší hlad...“*

*„Začal jsem pěstovat trávu u babičky. Ve skleníku kde měla rajčata, jsem ji nasadil dvacet kytek. Babička měla radost, že jí na rajčata nejdou mšice, tak se mi o kytky ochotně starala. Vůbec netušila, že by mohla mít problémy se zákonem...“*

*„Sklízel jsem, sušil jsem a prodával ve škole. Pak jsem musel nasadit další kytky, neboť už to nestačilo. Hulil jsem už 5g denně. Měl jsem vlastní „odrůdy“, které jsem si pěstoval jen pro sebe, byly nejlepší...“*

Ve městě kam Denis chodil do školy, byl svou trávou pověstný. Měl mnoho zákazníků, prakticky veškerý volný čas po škole trávil prodejem. Měl svá pravidla, např. že nikdo za ním nesmí na intr, trávu vážil před klienty, dle vlastních slov se choval jako obchodník velmi seriózně.

## **Lenka**

Na SŠ si našel Denis slečnu. Utíkal kvůli ní z intru, vztah trval půl roku a ten čas byl, slovy Denise, fajn.

*„Lenka na mě měla dobrý vliv. Když jsem chtěl jít do nějakýho většího, riskantnějšího kšeftu, rozmluvila mi to. Ukazovala mi hezké stránky života. Nechtěl jsem jí zraňovat, takže s ní jsem hulil třeba jen jedno brko za týden a jinak jsem ale hulil furt na tajňačku. Lenka pořád chtěla, abych toho nechal. Bylo mi to dost nepříjemný, dost dobře to ani nešlo. Když jsem šel ze školy, rychle jsem se zhulil, pak jsem mazal do lékárny koupit oční kapky, už jsem byl tou trávou fakt hodně prolezlej...“*

*„Když jsem jezdil na víkend domů, snažil jsem se ty deficity přes týden dohnat, hulil jsem fakt jak blázen...“*

Ve druháku začal brát Denis metamfetamin pravidelně. Důvodem bylo, dle jeho slov, že nic nestíhal a také fakt, v čase užívání zapomínal na to, že život jde úplně mimo jeho představy. Ironickou skutečností je, že v tomto čase nastoupila matka na léčbu do komunity.

Denis se začal hodně hádat s Lenkou, zůstával čím dál častěji na internátě, když dojížděl za Lenkou, moc se nemusel s Lenčinou matkou, i to byl důvod čím dál méně častějšího setkávání. Jednou Lenku viděl s nějakými kamarády, pustil se do nich, fyzicky je napadl s tím, že s nimi Lenka spí, nakonec se od jiných kamarádů dozvěděl, že to byli jen Lenčini známí.

Denis začal chodit za školu, dle vlastních slov mu to začalo „dost utíkat“. Bral na intru, šňupal s kamarádem, který stavěl počítačové sestavy – pracoval hodně po nocích. Denis si z něho dlouho dělal legraci, ale když zjistil, že je na pervitinu hodně výkonný – začal dohánět resty do školy (hlavně rysy), šlo mu to, tak bral častěji. Po pervitinu býval dva tři dny vzhůru, pak několik dní prospal. Takto to šlo asi tři měsíce. V důsledku toho byl nucen dělat opravné zkoušky.

## Quo vadis?

Těsně před koncem školního roku přestal na měsíc brát, dal se dohromady, aby mohl za matkou na návštěvu do léčby. Dle svých slov jel do komunity hlavně kvůli bráchům, o matku zas tak moc nešlo. Při vlastní návštěvě to matka samozřejmě vyzorovala, když si Denis nehrál s bratry, rýsoval do školy, matka mu to vyčetla. Denis na ní byl neurvalý a řekl jí, ať ho nechá být. Pak toho samozřejmě litoval.

Ještě cestou z komunity volal kamarádovi, ať mu opatří větší množství pervitinu, že musí hodně rýsovat do školy a potřebuje být dlouho vzhůru.

Tento moment Denis popisuje jako „*rozhodnutí, zda-li žít čistý život, nebo v tom jet pořádně*“.

Opravné zkoušky Denis udělal, ale moc si na to období nepamatuje.

Ve třetím ročníku přišly již rozsáhlé absence ve škole, třeba tři dny do školy vůbec nepřišel, omluvenky si psal sám. Zůstával u babičky v bytě. Hodně času trávil také s kamarádem, kde se zasekávali na několik dní na playstationu.

Metamfetamin kupoval u vietnamských obchodníků, když si tři dny nedal, byl na tom hodně špatně. Začal jezdit za hranice, kde se v chatových osadách vloupával do chat, kradl zahradní náčiní a to pak prodával vaříčovi, od kterého získával metamfetamin výhodněji.

S vaříčem začal hodně komunikovat a nakonec se naučil vařit pervitin i sám.

Když se po několika týdnech vrátil na internát, zhodnotil, že v tomto stavu nemůže do školy, tak to zkrátka zabalil a šel spát. Spal několik dní.

Denis popisuje, že hodně využíval babičku, ač to dělal vlastně nerad. Před Vánocemi si našel práci v továrně, kde pracovala babička i matka. Dle svých slov to tak nechtěl, nikdy se nechtěl zasekat tam co matka a babička, tušil, že má na víc, ale stávající finanční situace mu nedovolila jiné řešení.

Stále kouřil trávu a to po dojezdech na pervitinu, uvádí, že mu pomáhala překonat sociální fobii a stres nad zpackaným životem.

V továrně vydržel půl roku, po práci zašel do hospody, nepil, ale *hulil*.

Chtěl se moc vrátit do školy, ale věděl velmi dobře, že v tomto stavu to nepůjde. Opět přicházely velké rozlady, které řešil znovu a opakovaně metamfetaminem. Už užíval výhradně nitrožilně, hodně kradl, začal ve velkém vařit, a jak sám popisuje, octnul se v totálním sociálním rozkladu.

*„Často jsem se přepaloval, abych se mohl zakonzervovat v čase...“*

## Nastavené zrcadlo

Po léčbě v komunitě matka nastoupila do doléčovacího programu. Opětovnou podmínkou návštěvy matky bylo, aby Denis dorazil čistý. Dva týdny abstinovat, dva dny před odjezdem to nevydržel a zahulil si. Po příjezdu na chráněné bydlení ho otestovali, byl pozitivní na THC, tudíž tam nemohl s matkou přebývat, ale mohli se jen setkávat. Matka z toho byla pochopitelně špatná, Denis také. Jako pocit rozdvojení Denis popisuje své pocity, na jednu stranu pozitivní; že se snad matce začalo dařit a situace se v jejím případě posouvala k lepšímu a na druhou stranu zcela debaklové; že s ním to jde úplně z kopce.

Matka Denise odkázala na K centrum, kde mu dokáží pomoci. Denis si našel novou práci, v jiné továrně. Kontakt s K centrem Denis hodnotí jako nedostatečný, měl tam jezdit častěji a více poslouchat jejich rady. Denis chodil zfetovaný i do práce, bral čím dál větší dávky, byť se sám snažil prodlužovat intervaly mezi *náslehami*.

Po dvou měsících v práci skončil a přes K centrum si domluvil léčbu v komunitě. Rozhodl se, že si čas před léčbou ještě „užije“. Dva měsíce jen profetoval a propařil na playstationu, pro peníze na drogy začal věci opět rozprodávat.

*„Párkrát jsem si dal plnou dávku. Totálně jsem vypínal, na čas jsem asi šel i do bezvědomí, pak přišel stav neskutečného příválu energie, měl jsem chuť skákat, běhat... Další super věc byla, že mi pervitin zvedal hodně sebevědomí. Když jsem si dal, začlo mi bejt jedno, co si o mě lidi myslí, jinak jsem to pořád řešil...“*

### **První léčba**

Na jaře v roce 2014 Denis poprvé nastoupil na léčbu do komunity. Před tím absolvoval detox, tam potkal slečnu a zažil první úlet v léčbě a provinění proti pravidlům.

Denis říká, že v čase kdy fetoval, neměl potřebu vztahu. V komunitě vztah našel, podařilo se to hodně dlouho tajit, Denis neustále mlžil a zatloukal, na skupinách odváděl řeč jinam.

*„Z počátku jsem dával do léčby opravdu hodně. Když to s Danou začalo, začal být problém, sami spolu jsme se sebeterapeutizovali, před ostatními jsme se uzavírali a přestali jsme řešit věci na skupinách. O Danu jsem měl strach, měla to s odchodem z komunity zdaleka nahnutější než já, nakonec jsem sám odešel...“*

Na otázku jak svůj odchod zdůvodnil Denis odpovídá: *„Řekl jsem všem, že chci jít fetovat. Byl jsem fakt v chutích, tak jsem bouchnul výjimečnou skupinu a řekl jsem, že jdu ven (z komunity)...“*

Ještě v den odchodu z komunity Denis zrelaboval.

*„Jak jsem nebyl zvyklej, napálil jsem se, najednou jsem dostal takovej tlak do hlavy. Rozeběhl jsem se někam, pak jsem zjistil, že mám strašnou žízeň, bolela mě hlava... Byl jsem u kámoše, jak jsem byl rozjetej, místo na vypínač jsem sáhnul do elektriky, dostal jsem strašnou prdu – vylítl jsem ven a byl jsem najednou úplně prázdněj...“*

*„Všechny peníze, který jsem měl našetřený z komunity jsem během pěti dnů profetoval, chtěl jsem se úplně zničit...“*

### **Nový směr**

Po tomto relapsu se Denis setkal s matkou.

*„To byla zřejmě moje záchrana, řekla mi, že mi pomůže...“*

Čtyři měsíce Denis bydlel u matky, po relapsu měl těžký odvykací stav

*„...rostly mi klouby, svlíkal jsem se z kůže...“*

Začal chodit znovu do K-centra, hodně tam řešil své chutě. Našel si práci v restauraci, dělal pomocného kuchaře, práce a fyzická činnost mu hodně pomáhala od chutí.

Pak přišel další relaps na party, tentokrát MDMA.

V K-centru si Denis znovu domluvil léčbu, za týden mohl nastoupit do psychiatrické léčebny. Týden bral, pak léčbu nastoupil, po pěti dnech podepsal revers, neboť byl čas před Vánocemi a Denis chtěl být na svátky doma. O Vánocích byl čistý. Po Silvestru opět kolotoč pomáhání doma, hlídání bratrů, Denis se znovu vrátil k *hulení* a k pervitinu.

## Konečná

Matka Denise nazvala parazitem, Denis znovu začal utíkat z domu, chodil ke kamarádovi, opět pařil na playstationu, začal s nahodilými známostmi a s nevázaným životem. Díky známosti s klukem, který se léčil se schizofrenií se Denis dostal i lékům, k Rivotrilu, Tisercinu – začal experimentovat i s tím.

*„Jel jsem v módu autopilota. Vrátil jsem se na čas do té hospody, co jsem tam pracoval, odtud mě po pár týdnech vyrazili, protože jsem fetoval v práci“.*

Denis potkal v té době Kateřinu. Kateřina byla gamblerka a byla ochotná pro peníze udělat vše, takže začala s Denisem prodávat drogy.

*„Namočili jsme se do kšeftu s vietnamcema a to už fakt byla moje konečná. Dík tomu, že mě neustále kontaktovala kriminálka, měl jsem ponětí o tom, že se dělají zátahy na Vietnamce. S Kateřinou jsme vykoukali, jak to vypadá. Znali jsme auta, který používají, věděl jsem, že když do jedné herny vltnou, do hodiny je zbylých pět ve městě čistých. Vietnamci to házeli normálně venku do popelnice. Při jednom takovém zátahu jsme si počíhali s Kateřinou u jedné herny, počkali jsme až ten matroš zahodí a pak jsme ho z té popelnice sebrali... Policajti se starali o Vietnamce a my jsme byli zcela mimo objekt zájmu...“*

V té době bydlel Denis na střídačku u matky, u Kateřiny, do toho si našel ještě jednu známost. Měl pronajatý i pokoj v hotelu, kde prodával.

Život se dle Denise stal naprosto šíleným kolotočem a z této doby uvádí první paranoidní bludy a *stíhy*. Po jedné z psychotických epizod zavolał Denis do psychiatrické léčebny a objednal se k léčbě.

Příjem do léčebny byl naplánován za měsíc, Denis byl v tomto čase hodně u matky, snažili se nemluvit o drogách. Párkrát Denis hulil trávu, ale pervitin neužil. Jezdil v tomto čase do K-centra kde řešil své aktuální psychické stavy.

Nastoupil do psychiatrické nemocnice, kde absolvoval měsíční detox, hodně tam mluvil o svých psychotických stavech, psal deník a klíčkoval události, které se již staly a opakovaly a hledal z nich poučení. V nemocnici trpěl silnou nespavostí, když usnul, měl hodně živé sny, údajně cítil i fyzickou bolest.

I po nástupu do terapeutické komunity uvádí Denis doznávající psychotické stavy.

*„Lidi tu něco dělali, třeba opravovali kola. Byl jsem běhat, když jsem se vrátil, měli rozebraná kola a mě chytla šílená panika, že oni něco dělají a já o tom nic nevím, nejsem do toho vůbec zapojený... Tohle se stalo asi dvakrát a byl jsem z toho dost vyděšený...“*

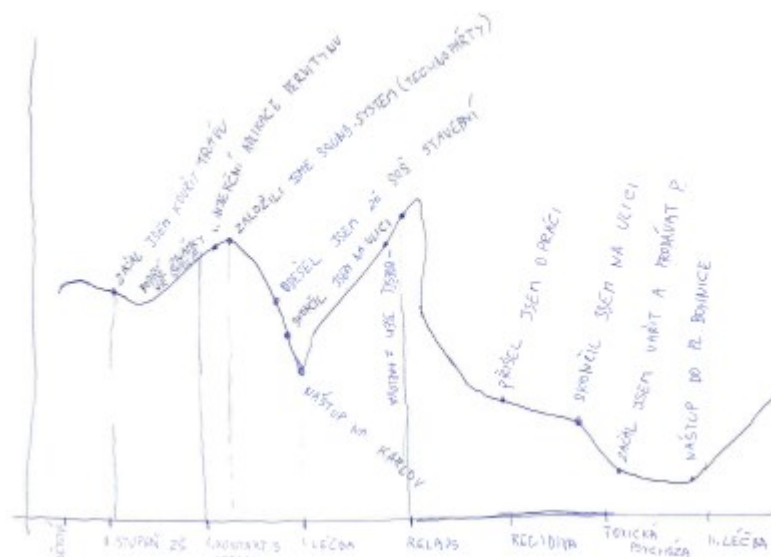
*„Často se mi taky v hlavě vrací trojúhelník Kristýna, Nina a já. Mám pořád pocit, že holky s někým spí, paktují se proti mně a já o ničem nevím...“*



Na konci rozhovoru Denis mluví o svých vizích a představách do budoucna. Chtěl byl do Skandinávie, fyzicky pracovat, nejlépe někam do přírody.

### 8.4.3 Životní křivka a komentář klienta

Obr. 13 Životní křivka Denise



EM: „Zkuste mi namalovat prostřednictvím křivky život, tak jak šel. Když tam vyznačíte i body, které považujete za významné, nebo důležité, bude to ještě lepší.“

(Denis začíná malovat, pak odkládá tužku s prosbou, že teď na to není patřičně psychicky naladěn a jestli to můžeme nechat na další setkání)

„už dětství bylo takový divný. Nebylo dne, aby se máma s Milanem (matčin přítel -pozn. autorky) nechytli, já jsem jen čekal, co se zas stane, Milan hodně pil. Kdyby nebylo babičky a fotbalu, kde jsem si tak nějak odpočinul a trochu se uklidnil, nemám nic moc hezkýho, co bych o dětství řekl...“

„pak přišla tráva, perník – to mě vždycky hodilo někam jinam. Pak jsme založili tu kapelu, to bylo taky fajn, tam jsem unikal...“

„...kdybych nebyl blbej a neodešel jsem tenkrát poprvé z Karlova, mohl jsem bejt dneska už někde úplně jinde. Dneska už nevím jestli jsem byl víc zachucenej, nebo jsem prostě trucoval. Komunita už byla kompletně proti nám, nebylo moc úniku a otvírat jsem Danu nechtěl. Měla sama v komunitě dost problémů, bylo jasné, kdo by šel...“

EM: „Nechcete mi říct třeba o Vašem vztahu s mámou?“

„To je dost těžký. Vím, že to máma neměla vůbec lehký, jo jsem na ní naštvanej, na druhou stranu je mi jí líto. Rád bych jí pomohl a pak se to ve mně zvedne a říkám si, vždyť mi vlastně zkazila život...“

„...čím víc o věcech v životě mluvím, tím víc mi toho dochází a když to ještě namaluju, tak to je strašný. Prostě ten život jsem po... a chci z toho ven. Snad teď už vím jak na to, jsem naštvanej na mámu na sebe, ale nějak se s tím vypořádávám a vypořádávat chci...“

EM: Jak se zrovna teď cítíte?“

*...jsem trochu nášlapnej. Často, teda v poslední době čím dál víc mě chytají nervy, že lidi překrucují co říkám a snažej se mi vnutit, že s nima manipuluju. Ale komunita je prostě jedinej způsob jak vylízt jako použitelný... “*

(rozhovor u životní křivky se odehrál den po podmíněném vyloučení Denise z komunity, z důvodu agresivního chování na skupině a opakovaného nerespektování pravidel – pozn. autorky).

#### **8.4.4 Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu**

##### **První komunita**

V průběhu rozhovoru se Denis vrací k první léčbě v komunitě. Z jeho vyprávění je patrná viditelná lítost nad zmařenou léčbou. Denis popisuje, že léčba probíhala až na pár drobných nedorozumění docela úspěšně, do toho přišel vztah. Denis zmiňuje, že do léčby dával opravdu hodně, stavěl se k ní zodpovědně a od samého začátku byl přesvědčen o tom, že chce léčbu dokončit.

Spojenectví, ve kterém se s Danou postupně vzdalovali komunitě, přesto, že jim komunita dávala zpětnou vazbu o tom, že jejich vzájemný vztah tuší a dávala jim možnost hledat řešení a diskutovat o něm, bylo pro Denise najednou evidentně cennější. I v tomto lze nalézt pochopení. Ale skutečnost, že odchod z komunity zvolil Denis (neboť dle jeho slov Dana to měla už tak nahnuté) a veškerou zodpovědnost vzal, skoro by se chtělo napsat gentlemansky na sebe, zcela pohřbil zdůvodněním odchodu z komunity, kdy jako důvod uvedl chutě a nezájem o abstinenci. V průběhu vyprávění ale připouští, že tomu tak vlastně nebylo.

Mluví o samozřejmých chutích, ale i o jisté formě trucování. Za jednohlasým názorem komunity: „*pojďme o tom vašem vztahu mluvit a řešit jak dál*“ spatřoval Denis spiknutí, opozici všech proti jim dvěma, ze které nebylo úniku. Denis mluví i o tom, že chtěl Danu ochránit před ostatními, neboť zřejmě byla některým členům komunity trnem v oku.

Na otázku proč tedy zvolil ten nejnešťastnější způsob řešení Denis odpověděl „*stal jsem se pro tu chvíli jakýmsi mučedníkem...*“

Denis se ukazuje jako osobnost labilní s manifestovanou teatrálností jednání. Urážení se, trucování, neustálá touha po oceňování, manipulativní jednání hovoří pro histriónskou poruchu osobnosti. Dle autorky Denis svým jednáním vykazuje jistou podobu psychoinfantility – emotivita projevu je až dětská s touhou získávání a udržování neustálé pozornosti ostatních. Žije v trvalém napětí a vnitřní tenzi, nezbytný únik z tohoto stavu řeší vyvoláváním konfliktů.

Ve vztahové rovině je sice okázalý, ale mělký, než aby byl opuštěn, raději opouští sám. Možným vysvětlením je jeho komplikovaný vztah s matkou, kde vlastně nebyl schopen identifikovat vzorec zdravého a funkčního vztahu. Dle autorky se Denis snaží poznávat základy svého jednání, dává si též ale velmi záležet, aby tato snaha byla náležitě rozpoznatelná okolím. Snahu zaplňovat prázdná místa v sobě (a to nejen jako důsledek dlouhodobého užívání drog) a zorientovat vlastní pozornost více na okolí než na sebe je snahou terapeutů i ostatních členů komunity, Denis je schopen na tyto aktivity reagovat jen za předpokladu, že mu je nabízena prostřednictvím rady, nikoli konfrontace. Zvýšená senzitivita vůči vnějším podnětům vyvolává v Denisovi obranářské reakce ve formě agrese a verbálních útoků.

U Denise se objevovaly sluchové i zrakové halucinace, opět je patrný velmi silný represivní persekční blud. V průběhu toxické psychózy se projevovala silná vztahovčnost,

neklid, pocity spiknutí, neblahá tušení, že se neustále něco děje za Denisovými zády a že je ubližováno jeho blízkým. Souhra náhod (krev na schodech před bytem kde žila matka s bratry) a fabulací vedla Denise k přiznaným myšlenkám na sebevraždu.

Denis i v čase rozhovoru popisuje přetrvávající ataky panického charakteru (nadměrná bdělost, zvýšená potřeba ostrahy a sledování), dále obavy, že mu stále něco uniká, že se děje něco v jeho nepřítomnosti, oč by neměl v žádném případě přijít. Tyto ataky se manifestují i somaticky v podobě náhlých návalů třesu, zrychleného dechu a pocitu horka.

Denis v čase rozhovoru vykazoval také rezidua hyperkinetického syndromu, občas se v hovoru zasekával a memoroval jednu větu několikrát. V průběhu povídání Denis vykazoval neustálou potřebu ujištění, že to co povídá, a forma vyprávění jakou používá je správná, a několikrát v průběhu rozhovoru si otevřeně řekl o zpětnou vazbu jeho počínání.

## 8.5 Případová studie Ema

Žena 33 let, dg. F 15.2, vzdělání dokončené základní, druhá léčba v TK (bezprostředně jí předcházela dvoutměsíční hospitalizace v PL).

*„...to bylo ještě před první komunitou. Šla jsem si shánět drogu. Stála jsem před barákem, pískala jsem do okna a najednou jsem začala omdlévat. Den před tím jsem poslouchala kámošku, taky feťačku jak povídala o nějakých jiných paralelních světech...“*

*„Najednou jsem nevěděla kde jsem, začala jsem mít šílený strach z policajtů. Stojím před domem o kterém všichni vědí, že se tam dostanou drogy a já v každém okně vidím člověka a mám strach že na mě zavolá policajty...“*

*„Přijel pro mě kamarád, odvezl mě a pořád mě uklidňoval, že se nic neděje, že nikdo na mě nikoho nevolá.“*

*„Pak jsem dost dlouho měla pocit, že za mnou někdo chodí. Kdykoli jsem se otočila viděla jsem za sebou nějaký stín. Nejdřív mi to strašně vadilo a pak jsem si řekla, že je vlastně fajn mít pořád někoho s sebou. A najednou ty stíny zmizely...“*

*„Často se mi taky stávalo v autě, že se kolem silnice pohybovaly v šeru postavy. Rozumem jsem věděla, že tam nikdo nemůže být a přesto jsem je tam viděla...“*

*„Dost se mi taky stávalo, že jsem mívala mžitky. Takový malinkatý tečky, který se najednou hodně rozplýjely, vypadalo to jako když se rozprskává ohňostroj...“*

### 8.5.1 Situace výchozího bodu

Klientka nastoupila léčbu v terapeutické komunitě bezprostředně po propuštění z psychiatrické nemocnice. V PN strávila 2 měsíce, byla plánovaně hospitalizována z důvodu závislosti na pervitinu. V čase rozhovoru je klientka klidná, spolupracující, orientovaná v čase i v prostoru, emočně stabilní. V terapeutické komunitě je třetí měsíc a cca 6 měsíců ji zbývá do plánovaného ukončení léčby. Klientka komunitní léčbu zná, v předchozím případě pobývala v komunitě 3 měsíce. V komunitě je se svým šestiletým synem. Dosavadní průběh hodnotí pro oba jako úspěšný a jediný možný proto, aby mohla začít žít normální a plnohodnotný život.

### 8.5.2 Anamnestická data a životní příběh Emy

Ema se narodila v roce 1986 a pochází z menšího města. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, kříšení 0, forceps 0. Klientka prodělala běžné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice, spála). Operace varixy, bezvědomí 0, porod 1 (syn, \*2009), abortus spontaneus 2x. HIV, HVB, HVC negativní. Krátkodobě abusivní Neurologu.

Suicidální pokusy 3 (1. otrava léky, 2. a 3. podřezání zápěstí), depresivní zátěž v rodině (matka, babička), otec babičky se oběsil.

Dětství Ema popisuje jako spokojené, hodně času trávila s babičkou, která jí vychovávala, spíše než matka (matce bylo v čase narození Emy 17let). Matka prý byla z těhotenství dost nešťastná a zaskočená. Ema má o šest let mladšího bratra.

Chodila do jeslí, do školky, sama uvádí, že jí tam bylo dobře, že tam docházela ráda. Neměla prý žádné problémy s adaptací v kolektivu.

Když nastupovala na základní školu, narodil se bratr. V dětství býval prý hodně nemocný, tudíž se na něj upírala veškerá matčina pozornost, otec často pobýval pracovně v zahraničí.

Ema uvádí, že byla bezproblémové dítě, neměla potíže s učením, kázní, ani docházkou, nepamatuje se, že by se s ní matka třeba někdy učila.

### **Hodná holčička**

Od první třídy chodila do houslí, to jí příliš nebavilo, často na hodinu ani nedošla, proto za dva roky skončila a začala chodit do lidové školy umění na piano. Otec si prý přál, aby na něco hrála, piano byla o mnoho přijatelnější varianta. V deseti letech začala cvičit aerobik, ten jí provázel až do plnoletosti, nejprve jako aktivní sportovkyně, pak i jako trenérku malých dětí.

Čas po škole trávila s partou venku, hodně si hrávali v přírodě, lezli po stromech, sportovali, slovy Emy „žádná závadná činnost“.

Ema uvádí, že v této době začaly velké problémy s bratrem. Bratr byl od malička problémový, bral rodičům peníze už jako malý a veškerá vina padala na hlavu Emy, neboť nikdo z rodiny nebyl ochoten uvěřit, že by byl malý bratr něčeho takového jako krádeže vůbec schopen.

*„K téhle době se datují počátky mojí potřeby se neustále pro něco obhajovat.“*

Bratra dostávala často na hlídání, dle Eminých slov jí to v čase pre-pubertálního období dost vadilo, neboť se nemohla s kamarády bavit tak, jak chtěla.

Po základní škole Ema příliš nevěděla, co by chtěla dělat, přihlásila se na grafickou průmyslovku, aby nemusela na gymnázium nebo obchodní akademii, kam prý šli všichni ostatní.

Škola jí nijak neoslovila, již v prvním pololetí prvního ročníku byla dlouhodobě nemocná, na několik měsíců vypadla ze školní docházky a z kolektivu, pak už se dost dobře nedokázala zpátky integrovat.

### **Vstříc nezávislosti**

V 16ti letech přišlo první setkání s trávou.

*„Dvakrát jsem si šlukla, něco jsem před tím popila, udělalo se mi tak blbě, že jsem se pozvracela a věděla jsem, že tohle teda ne...“*

Z prvního ročníku na SŠ předčasně odešla, začala dělat *au pair* pro rodinu v Praze. Rázem měla dost peněz, začala být nezávislá. Rodiče byli zprvu naštvaní, že ze školy odešla, Ema jako hlavní důvod uvedla, že spolužáci *hulí* trávu a že jí to vadí.

V září nastoupila Ema znovu na střední školu, tentokrát managementu a strojírenství, nicméně cítila, že ani tam není mezi svými, projevoval se bezmála dvouletý věkový rozdíl a jistou roli hrála i Emina zkušenost pocitu nezávislosti.

Ema se viděla někde zcela jinde, chtěla být kadeřnicí, nebo kosmetičkou. Ve škole vydržela do pololetí 3. ročníku a pak ze školy opět odešla. Odchodu předcházely problémy s docházkou, Ema popisuje, že místo do školy jezdily s kamarádkou do Prahy, chodily po obchodech, do kaváren a bavili se denním ruchem velkoměsta.

V čase odchodu ze školy Ema potkala Jirku. Setkali se na jedné party v baru ve městě, kde bydlela. Chodila do tohoto baru s kamarády na víno, v čase setkání s Jirkou a jeho partou netušila, že Jirka vaří a fetuje.

Emina kamarádka začala jezdit s Jirkou a s jeho kamarády po akcích, Ema zatím zůstávala doma, prý proto, že neměla peněz nazbyt.

V 19 letech vyrazila s Jirkou na jednu akci, tam si dala první čáru.

*„Byl to pro mě velký zážitek, především proto, kolik jsem měla najednou energie a pak taky, že jsem po tom tři dny vůbec nespala...“*

V této době starosti s bratrem doma nabývali čím dál větších rozměrů, bratr kradl, utíkal z domu a začal fetovat.

Asi za dva týdny od prvního kontaktu s pervitinem nejprve jednorázově utíkala z domu, pak se sebrala a odstěhovala se z domova natrvalo k Jirkovi.

*„Co jsem na pervitinu milovala je, jak jsem po něm hubla. Vždycky jsem byla hrozně velká, na aerobiku největší, i kvůli tomu jsem nezávodila. S pubertou jsem ještě narostla a najednou to všechno bylo pryč...“*

### **Kam se poděla má psýché?**

Hned v začátku braní došlo k prvním nepříjemným dojezdům, kdy se Ema bála vylézt z domu, vůbec nechtěla mezi lidi. Matka s babičkou ji domluvily, aby si o tom popovídala s psychiatrem. Psychiatr předepsal Emě Zoloft, který Ema nebrala pravidelně, neboť se velmi obávala, že po něm ztloustne. Psychiatr věděl o Emině užívání pervitinu, nabádal ji k tomu, aby s tím přestala a začala se aktivně léčit.

V této době se životem „flákala“, dle svých slov peníze na nic nepotřebovala, neboť vše jí zajišťoval Jirka, od dárek a pozorností až po drogy.

V devatenácti letech se Ema poprvé pokusila o sebevraždu. Spolykala léky, když jí došlo co udělala, zavolala kamarádovi. Řekla mu co provedla, ten jí odvezl do nemocnice, tam jí vypláchly žaludek, skončila na dětské psychiatrii, kde ale, jako již dospělá, podepsala revers a pustli ji domů.

Na jednom ze sezení psychiatrem, kam byla přizvaná i matka se Ema neskutečně rozčílila, že drogy brát chce a bude, že jí v tom nikdo nezabrání (tak se vlastně matka dozvěděla, že Ema bere), ať jí všichni nechají být a ze schůzky utekla.

Matka se na Emu dost naštvála, otec se s ní přestal bavit. Ema se schovávala u Jirky, na druhou stranu jí neskutečně mrzelo, že není s rodiči v kontaktu. Rozhodla se začít sama abstinovat, vydrželo jí to týden, v tuto dobu se vrátila zpět k rodičům – v té době se stěhovali z jednoho domu do druhého.

*„Vlastně jsem se potřebovala jenom pořádně vyspat. U Jirky to dost dobře nešlo, když si u něj zákazníci v bytě podávali kliku...“*

Po týdnu se tedy vrátila zpět k Jirkovi.

V létě 2006 2. a po měsíci 3. pokus o sebevraždu. Ema si podřezala žíly, vždy to proběhlo po těžkých dojezdech.

*„Měla jsem pocit, že nějak musím uvolnit to napětí v těle. Potřebovala jsem cítit bolest a uvolnění“*

Nakonec se Ema sama ošetřila, ovázala si zápěstí, takže po obou suicidálních pokusech žádná psychiatrická intervence neproběhla.

## **Rozhodnutí k léčbě**

V září 2006 jejich v bytě Jirku sebrali policajti. Jirka měl v bytě varnu, tudíž ho zavřeli a Ema se sama rozhodla, že nastoupí léčbu v terapeutické komunitě. Tam vydržela tři měsíce a odešla. Důvodem jejího odchodu byla cenzura jejích dopisů Jirkovi. Když Emě v komunitě potřeťi řekli, že dopis Jirkovi neodešlou, Ema se sebrala a léčbu předčasně ukončila. Po odchodu z komunity nastoupila do denního stacionáře na tři měsíce, tam léčbu zdárně dokončila. V té době si psala s Jirkou, Jirka jí sliboval, že po návratu z vězení se vše změní, přestane vařit i brát a začnou nový život.

Ema po stacionáři nastoupila do práce a začala dálkově studovat, Jirku pustili z vězení, také si našel práci, přesto po dvou měsících společného soužití Jirka začal v práci čím dál častěji absentovat. Ema byla hodně zklamaná, vrátila se zpět k rodičům.

Rok abstinovala, navázala kontakt s kamarádkami z aerobiku, začala trénovat děti a tento čas popisuje jako fajnový a bezstarostný. V čase abstinence Ema neměla žádné úzkosti ani deprese.

## **Návrat do vyjetých kolejí**

Poté jednou navštívila bar, kde se seznámila s Jirkou, znovu ho tam potkala, znovu spolu začali randit a po třech měsících se odstěhovala z domu k Jirkovi a vše se postupně vracelo do starých kolejí, neboť se Ema vrátila zpět k pervitinu.

*„Zas začaly neskutečný propady nálad. Vyčítala jsem si, jak jsem si zas všechno pokazila, že nedokážu dělat co mě baví, hlavně ten aerobik. Začala jsem hodně zapomínat, často jsem zapomněla, že mám být někde a že jsem někomu něco slíbila...“*

*„Úzkosti a deprese trvaly asi půl roku, pak jsem zkusila heroin. Brala jsem ho jako antidepressivum. Fakt je, že těch devět let co jsem ho brala, jsem neměla depresi...“*

## **Matka fet'ačka**

V nejtěžším drogovém období přišla Ema do jiného stavu.

*„Pamatuju si, že jsem cejtla, že tohle je fakt průser. Jak mi bylo všechno jedno, čas šel mimo mě, nějak jsem si neuvědomovala, že tři měsíce už nemenstruuju. Měla jsem tejden na to abych se rozhodla. Jirka mě utěšoval, že to zvládnem, že je to vlastně skvělý důvod pro změnu. Já jsem mu fakt hodně důvěřovala...“*

Doma Ema oznámila, že je těhotná, samozřejmě, že se nesetkala s žádným velkým pochopením. Rodiče Emě řekli, že je to její život a jak si ho udělá, takový ho hold bude mít.

Ema byla na rizikovém těhotenství, od 5. měsíce byla dvakrát vždy na pár dní hospitalizovaná v nemocnici. Jirka pořád fetoval, Ema to sama zastavit také nedokázala. Nicméně těhotenství jí dost zklidnilo, vypadala prý pro okolí dost vyrovnaně, tak i rodiče si situaci vysvětlili tak, že je vše snad konečně v pořádku. Ema hned v počátku těhotenství přešla z heroínu na *Suboxone* a neustále snižovala dávky.

*„Bylo mi u toho hodně špatně. Ale věděla jsem, že je to to nejlepší, co teď můžu udělat. Pervitin jsem si dávala jen občas, tedy 2x týdně...“*

Jiříček se narodil v 35. týdnu, zdravý, bez abstinenčních příznaků, po deseti dnech v porodnici byli s Emou doma. Ema po celou dobu těhotenství, i před a v průběhu porodu, úzkostlivě tajila, že fetuje.

*„Měla jsem kamarádku, také brala, vědělo se to o ní, jak se k ní v nemocnici chovali bylo fakt šílený. Nechtěla jsem to zažít. A měla jsem strašnej strach o Jiříčka, aby to všechno dopadlo dobře, tak aby se o nás prostě pořádně postarali...“*

Pobytem v porodnici Ema vyabstinovala, na dobu po porodu se domluvila s matkou, že bude s Jiříčkem u rodičů doma, aby jí matka v prvních dnech pomohla. Po dvou měsících, tak zněla dohoda, se Ema s Jiříčkem odstěhovala zpět k Jirkovi. Za půl roku se opět situace s fetováním dostala do původních kolejí.

*„Jirkovi jsem vyčítala, že se s příchodem Jiříčka nic nezměnilo, úplně jsem si ho přestala vážit. Bydlela jsem u Jirky do tří let Jiříčkova věku. Fetovala jsem proto, abych úplně smazala emoce. Využívala jsem finančních prostředků Jirky, bylo mi z toho fakt hodně špatně, ale nic jinýho jsem dělat prostě nemohla....“*

## **Ikarův pád**

*„Jirka porušil podmínku, kterou dostal, našli u něho drogy a šel znovu sedět. Před tím, než ho chytli, přestal na čas vařit, byli jsme na tom finančně dost bídne, chodila jsem si půjčovat za babičkou. Když ho sebrali, byla jsem spíš na heroinu, nakonec jsem z finančních důvodů začala vařit a převzala jsem Jirkovy zakázky. Domů jsem se vrátit nemohla...“*

*„Po návratu Jirky z vězení jsme si předali zpět varnu, zákazníky a já jsem se po dvou týdnech odstěhovala k rodičům. Jiříček jako dítě nestrádal. Chodil čistý, jedl, kdy měl, hrát si chodil s ostatními dětmi. Vždycky jsem se nějak přemohla, abych to zvládla. Byla jsem jako robot.“*

Jiříček začal chodit do školky, Ema měla peníze od Jirky, který na něj platil, Ema v té době vůbec nechodila do práce. Hlavně otec se na ní za to dost zlobil, kdyby nebylo vnuka, tak Emu doma takto nestrpí. Když byl Jiříček ve škole, Ema šla za Jirkou, buďto spolu vařili, nebo šli něco prodat. Když bylo fakt nejhůř, šla za babičkou nebo ke kamarádce.

V srpnu 2014 se znovu rozhodla přejít z heroinu na Suboxone. Emě vadilo, že veškerá činnost kolem Jiříčka se odehrává automaticky, nebaví jí, nic při tom necítí. Krátce přecházela z heroinu na Suboxone, nastoupila na detox, odtud za tři dny odešla, že to zvládne sama. Pak tři čtvrtě roku trvalo, než byla ze Suboxonu čistá. Absolvovala ještě jeden detox (opět tři dny). V čase kdy přestávala úplně, zvýšila četnost užívání metamfetaminu a trochu víc pila (normálně Ema téměř nepila). Toto trvalo asi 14 dní. Poté, najednou byla schopná zas normálně chodit mezi lidmi, bavit se s kamarádkami a ostatními maminkami. Přestala se úplně setkávat s lidmi, kteří brali, nebo se motali kolem drog. Sice odezněly bolesti, ale Emě docházelo, že se nedokáže zbavit pervitinu.

*„Byla jsem v kontaktu s kamarádkama, ty mi dávaly najevo, že takhle teda ne... Byla jsem dost nespolehlivá a nepředvídatelná...“*





*Pak jsem začala blbnout. Ty sebevražedný pokusy jako zázrakem neskončily na psychiatrii, do teď tomu nerozumím. A těch 9 let na heroinu, to byl prostě zamrzlej stav... “*

*...už jen proto, že snad někde něco dlužím, že se Jiříček narodil zdravěj, že je zdravěj a fajnovej kluk. Teď jde po prázdninách do školy a já chci aby byl vyrovnaněj a spokojeněj... Věřím, že tady snad dokážu dát životu ten správněj směr... “*

#### **8.5.4 Zajímavé fragmenty rozhovoru a souhrn případu**

##### **Heroin – menší zlo než pervitin**

Z vyprávění o užívání heroinu namísto pervitinu vystupuje pokus o “racionální obhajobu“.

Po těžkých odvykacích stavech, propadech nálad, častém zapomínání Ema připustila, že tudy cesta nevede. Nebyla zde ale snaha jakkoli s drogami přestat, ale pervitin nahradit něčím méně škodlivým. Po měsících úzkostí a deprese nenastala snaha řešit věc odbornou pomocí, ale samoléčbou vytlouct klín klínem. A po heroinu deprese ustaly. Ema připouští, že se sebemedikovala, jako by to bylo antidepresivum.

*„Fakt je, že těch devět let co jsem ho brala, jsem neměla depresi... A se vzpomínkou jaký ty úzkosti byly zničující ten heroin byl opravdu báječněj... “*

##### **Návrat od Suboxone zpátky k pervitinu**

Když se Ema v roce 2014 se znovu rozhodla přejít z heroinu na *Suboxone*, zdálo se, že v důsledku objektivně připuštěných zamrzlých emocí a skutečnosti, že veškerá činnost kolem Jiříčka se odehrává automaticky, se že na povrch dere pokus o racionální řešení a přijetí zodpovědnosti. Po detoxu u Apolináře, byť tedy podepsala revers, byla sama schopná třičtvrtě roku snižovat dávky *Suboxonu* až do stavu, kdy byla čistá. Bohužel, opět došlo k „substituci“ drog, neboť v čase kdy přestávala se *Suboxonem*, zvýšila četnost užívání pervitinu a začala požívat alkohol. Sice se opět reintegrovala do společnosti, byla schopná zas normálně chodit mezi lidi, bavit se s kamarádkami a ostatními maminkami, přestala se úplně setkávat s lidmi, kteří měli cokoli společného s drogami, ale výsledkem toho bylo, že se Ema nedokáže zbavit opět pervitinu.

Ema je osobnost nezralá, nezdrženlivá, v komunikaci značně rezervovaná. V průběhu rozhovoru byla znatelná značná nedůvěřivost v okolí, Ema především nevěří v sebe samu, což je kamenem úrazu jejího počínání. Rigidní a málo flexibilní povaha ukazuje na dichotomické uvažování (všechno nebo nic) a neochota hledání dalších možností řešení problémů. Chybná interpretace různých podnětů a zúžené zaměření na vlastní problémy a tedy přehlížení témat jiných vede k uzavření dalším možným, často pozitivnějším zkušenostem. Nedostatečná kognitivní pružnost pak vedla k zásadním rozhodnutím v podobě opakovaných suicidálních pokusů. Vyhraněnost negativních emocí, nedůvěra v sebe sama omezovala schopnost rozumového řešení situace. Snížená sebeúcta, přesvědčení o tom, že nemám kontrolu nad svým životem a nejsem schopna vyrovnávat se s problémy, které život přináší, nabízela přirozený únik do světa drog, kde pocit nedostatečné opory okolí a sociální izolovanosti „léčí“ energie metamfetaminu, potažmo apatie a útlum na heroinu (opět zcela zřetelná dichotomie). O plochosti emocí v čase užívání heroinu Ema i s odstupem hovoří jako o osvobozujícím stavu od všech úzkostných a depresivních stavů.

U Emy je patrné též subjektivní zkreslení vnímání vlastního těla a patologická změna postoje k jemu samému. Tělesná aktivita mající svou sociální hodnotu, konvenční estetický ideál

nabízí vyšší společenský a sociální status a vyšší akceptaci a hodnocení okolí. V dynamice vzniku tohoto fenoménu je zcela namístě zmínit vztah mezi matkou a dcerou. Odmítnutí ženské, potažmo mateřské role vyvolávající zděšení až odpor zmínila Ema v souvislosti se svou matkou již v začátku vyprávění, Emu vlastně matka nikdy nevychovala. Byť Ema rodinnou situaci prezentovala jako bezproblémovou, zdá se, že zde převažovala spíše neochota a neschopnost řešit konflikty, popírání problémů a potlačování emocí. Přenesenou obrannou strategií akcentovaného asketického postoje napomáhal v počátku „bezbolestně“ řešit metamfetamin.

Ema popisovala především zrakové halucinace, které se objevovaly v prožívání toxické psychózy. Strach, panika, represe, dokonce i zmínka o paralelních světech a inkohrentní úvahy o nich již jen dokresluje v předchozích případech popisovaný klinický obraz fenoménu.

I v Emině případě se ukázaly somatické projevy v podobě stavů na omdlení, vertiga, návalu horka a bušení srdce.

Zajímavé se autorce jeví docela racionální vypořádání se s iluzorními vjemy v podobě doprovázejících stínů. Je odrazem neuvědomované obranné reakce – tedy vyrovnání se situací tak, aby se nezdála tak nepříjemná a hrozivá. Racionalizace a redukce úzkosti je vlastně rafinovanější formou popření. Zdánlivě logické přehodnocení zátěžové situace Emě poskytlo subjektivně uspokojivé vysvětlení, i když správnost výkladu je samozřejmě diskutabilní.

## 9 VÝSLEDKY

Vlastní výzkumná práce se pokouší nalézt odpověď na následující výzkumné otázky:

- 1) Je možno explicitně definovat vztah mezi délkou, intenzitou užívání a manifestací toxické psychózy?
- 2) Lze kvalitativně/semi-kvantitativně postihnout proces odeznívání psychotických příznaků v čase?
- 3) Ovlivnil prožitek toxické psychózy se všemi jeho důsledky klientův postoj k úplné abstinenci od drog?
- 4) Shledává klient vlastní perspektivou potenciální možnost vlivu komunitního prostředí na proces psychické rekonvalescence?

### 9.1 Výsledky výzkumu a zodpovězení výzkumných otázek

#### 1) Je možno explicitně definovat vztah mezi délkou, intenzitou užívání a manifestací toxické psychózy?

V tabulce 3 jsou shrnuty základní zkoumané parametry užívání u jednotlivých respondentů. V tabulce 5 (Příloha 8) jsou zpřehledněné kategorie/kódy dat z rozhovoru.

U všech respondentů se v klinickém obraze ukázalo narušený proces dekodování dění, porucha regulace příjmu podnětů, jehož důsledkem je zahlcení nesourodými informacemi.

*R1: „...to byl jeden velký zmatek v hlavě. Orloj v pravé poledne, se vši parádou. Hlavou se mi hnaly neskutečně rychle nesmyslně utržkovitý epizody. Všechny myšlenky se draly na povrch, způsobovaly závar všech závitů – vůbec jsem to nepobíral, protože jsem nebyl schopen chytit jednu myšlenku a nějak rozumově ji zpracovat“*

*R2: „Strhal jsem to ze sebe, se slovy vem si to a odcházel jsem. Vytáhla z kabelky nůžky a se slovy „já si Tě stejně najdu“ mě začala honit. Utíkal jsem před ní, vylezl jsem na strom a tam jsem jí vyhlížel. Jak se dívám dolů a vyhlížím jí, všude dole jsou lidi. Uklidňuji se, že jsou to odpadkové koše, ale asi jsou to fakt lidi! To snad ne, každý ten člověk dole je Berta...“*

*R3: „Došel jsem domů, doma jsem všude zhasnul, plazil jsem se podél zdí a po zemi a pozoroval světla aut. Za každým autem jsem viděl policajtský auto, bylo to šílený. Pak jsem taky poslouchal co se děje v baráku. Našlapoval jsem fakt po špičkách, každou chvíli sem se zastavil a poslouchal. Když ráno začali lidi chodit do práce, tak jsem je i po baráku sledoval...“*

*Porucha myšlení ve všech případech odžitých toxických psychóz byla komplexní, postihovala dynamiku, formu i obsah.*

*R4: „...Odešel jsem a brzo se mě chytila utkvělá představa, že vystříleli celou mou rodinu...“*

*R5: „Pak jsem dost dlouho měla pocit, že za mnou někdo chodí. Kdykoli jsem se otočila viděla jsem za sebou nějaký stín“*

*R3: „Když jsem hodil ten batoh s matrošem pod auto, měl jsem pocit, že se na mě pověsili policajti. Tak jsem jel na Ch. do nákupního centra a tam jsem se v davu čtyři hodiny schovával“*

Vznikly jako projev akutního narušení integrace psychických funkcí, která vedla k dezorientaci v okolním dění i v sobě samém. Zcela evidentní je bludová interpretace prožitých

stavů i s ohledem k jejich podivnosti. V průběhu popisu akutní fáze se respondenti často nacházeli ve středu negativní pozornosti v protikladu k reálnému světu.

*R5: „Chodil jsem v půl třetí ráno po městě, nikoho jsem nepotkal, začal jsem panikařit, že jsem na světě zůstal sám“*

*R2: „Šel jsem na most s tím, že už dál nemůžu a že skočím. Byl jsem připraven to pojistit tím, že skočím těsně před vlak. Lidé chodili kolem, úplně bez povšimnutí, stál jsem na mostě, brečel a licioval se životem“.*

Velmi časté se ukázaly být bludy represivního charakteru.

*R5: „Najednou jsem nevěděla kde jsem, začala jsem mít šílený strach z policajtů. Stojím před domem o kterém všichni vědí, že se tam dostanou drogy a já v každém okně vidím člověka a mám strach že na mě zavolá policajty“*

*R4: „Sedl jsem si na bar, dal jsem si colu, najednou mě týpek chytnul pod krkem a za košili, vytáhl bouchačku a řekl, že jestli okamžitě nevypadnu, že mě zabije...“*

*R3: „Najednou jsem slyšel policejní houkačky, podíval jsem se z okna paneláku a vidím poliše. Tři policejní auta, rozblíkaný majáky, začal jsem utíkat jak šílený...“*

Byť ve stavu intoxikace indukujícím vlastní bludné prožitky, je možné jejich existenci chápat jako obrannou reakci řešící aktuální problém postižených.

S ohledem na skutečnost, že jednotliví respondenti neužívali pouze metamfetamin, respektive neužívali všichni stejné návykové látky lze tedy vyhodnotit pouze kvalitativní charakter psychotických příznaků – tedy přítomnost halucinací, změněný kontakt s realitou a rekurenci psychotických atak. Domněnku možné souvislosti, vyskytnuvších se somatických příznaků u Broňka a Emy a délky užívání, lze posílit údaji z tabulky 3, neboť užívali drogy nejdéle ze všech respondentů. Délku trvání psychotických stavů u Broňka (několik dní) a Emy (týdny) může podpořit možnou souvislost s délkou užívání. Pro nalezení a stanovení přesně deklarovaných souvislostí by bylo vhodnější využít kvantitativní charakter výzkumu s předem přesně stanovenými kritérii užívání.

### **Shrnutí odpovědí na otázku č. 1:**

- Z tabulky je zřejmé, že pro veškerou rozmanitost užívání (jaké návykové látky respondenti užívali, formu podání, kterou volili) nelze tento vztah zcela explicitně definovat;
- U všech respondentů se v klinickém obraze ukázalo narušené zpracovávání informací;
- Halucinatorní stavy měly vždy zcela zřejmý vztah k postiženému, tj. jsou určitým způsobem spojeny s jeho kontrolováním, zasahováním a ovlivňováním;
- Chybí adekvátní zpracování různých informací a podnětů, projevuje se neschopnost jakkoli akceptovat, že abnormální vjemy jsou prostým výplodem psychiky v důsledku intoxikace organismu;
- v průběhu akutní psychotické epizody jsou postižení často středem pozornosti;
- podoba bludných prožitků má často represivní charakter

**Tab. 3 Parametry užívání metamfetaminu u jednotlivých respondentů**

	Délka užívání	Forma užívání	Intenzita užívání	Vztahovačnost	Halucinace	Kontakt s realitou	Délka trvání	Rekurence	Odpověď na neuroleptika
Adam (23let)	5 let	pouze intranasálně	cca rok 2-3x týdně IX/2012-II/2013 – abstinence IX/2013-X/2014 – 3 užití cca rok – téměř denně	ANO agresivní	ANO sluchové zrakové	dezorganizované myšlení nutkavé myšlenky	hodiny	ANO	ANO, okamžitá
Broněk (23let)	8 let	1-2 měsíce intranasálně 8 let i.v.	intranasálně obden i.v. zpočátku 3x týdně, pak obden	ANO agresivní	ANO zrakové	persekuční bludy, dezorganizace řeči	několik dní	ANO	neměl
Cyril (21let)	5 let	1 rok intranasálně 4 roky i.v.	1-2 týdny 2-3x týdně, pak denně i.v. – jednorázově 1/2 roku intranasálně denně i.v. – obden, pak denně	NE	ANO sluchové zrakové	persekuční bludy, dezorganizace řeči	den	ANO	neměl
Denis (21let)	5 let	2-3 měsíce intranasálně 5,5 let i.v.	intranasálně obden i.v. jednorázově, pak 1/2 roku pauza intranasálně měsíc denně i.v. – obden, denně 1/2 roku abstinence 1/2 roku i.v. obden pak denně	ANO, obecná	ANO sluchové zrakové	persekuční bludy	několik dní	ANO	ANO, okamžitá
Ema (33let)	9 let	1 rok intranasálně 8 let i.v.	intranasálně obden -rok 1 rok abstinence i.v. 3x týdně, pak denně	ANO	ANO zrakové	persekuční bludy	týdny	ANO	neměla

## 2) Lze kvalitativně/semi-kvantitativně postihnout proces odeznívání psychotických příznaků v čase?

V průběhu rozhovorů byli klienti dotazováni, zda-li zaznamenali nějaké doznívající projevy metamfetaminové psychózy ještě při nástupu do komunity. Klientské popisy několika nezávislých situačních stavů, udáých se bezprostředně po nástupu a v rané fázi pobytu v komunitě dle autorčina názoru svědčí pro přítomnost persistující senzitivní vztahovačnosti (Adam, Denis, Ema), zvýšené afektivní dráždivosti se sklonem k vyústění do patického afektu, manifestujícím se zvýšenou pohotovostí k jednání z popudu intenzivních aktuálních emocí a nálad (Adam, Broněk, Cyril, Denis), idiosynkratické<sup>54</sup> projevy (Adam, Denis) a depresivní ladění (Broněk, Denis, Ema). Kromě výše zmíněných symptomů se klienti zmínili déletrávající poruchu spánku – především časté buzení, neschopnost usnout (Broněk, Cyril, Denis) a přetrvávající spánkovou inverzi (Broněk).

**Tab. 4 Modifikovaný CPSI (Complex Partial Symptoms Inventory) dotazník. První odpověď**

je na otázku, zda-li se příznak v minulosti alespoň jednou vyskytnul, druhá odpověď (s hvězdičkou\*) zda-li příznak přetrvává, resp. vyskytoval se ještě v čase rozhovoru.

Symptom	Adam	Broněk	Cyril	Denis	Ema
Mikrozoopsie	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Pohyb periferním viděním	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	NE/NE*
Znecitlivění bez zjevné příčiny	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Zvuky (bzučení, klepání, pískání)	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*
Zjevná nevolnost bez příčiny	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Bolest hlavy	NE/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Potíže s vyslovováním	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Zhoršená výbavnost	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Okamžitá zmatenost/popletenost	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/NE*
Pronesené věty beze smyslu	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Důvěrná místa nejsou známá	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Pocity zažití něčeho i když tomu tak není	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/NE*
Významné mezery v paměti	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Lidé vypráví o věcech, které jste zažil a vy si to nepamätujete	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Strnulý a netečný výraz	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Ztráta vědomí, omdlávání	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Nekontrolovaná agrese	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*
Panika či úzkost bez zjevného důvodu	ANO/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Neodolatelná pohnutka spát v průběhu dne	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Noční pocení	NE/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*

<sup>54</sup> Nadměrné emoční reakce na relativně málo významné podněty

Zajímavé byly komentáře Adama a Denise, ohledně jejich zážitku zaznamenávání pohybu periferním viděním, které se dělo za rohem domů/na konci cesty, které ale nebyly v reálu vidět, nebo zaznamenání hovoru dvou lidí Cyrilem a Denisé na druhém konci města tedy jevy nápadně připomínající extrakampinní halucinace. U všech klientů se dá hovořit o přítomnosti pseudohalucinací, tedy že si ve větší či menší míře byli vědomi jejich nereálnosti, přesto se podle nich chovali. Tyto symptomy přetrvávaly, byť ojediněle, ještě několik měsíců po posledním užití metamfetaminu.

K více či méně úspěšné úpravě symptomů docházelo s postupnou integrací do komunitního kolektivu a související podporou a sdílením mezi klienty, vlivu skupinové psychoterapie a reflektujících rozhovorů s terapeutu TK. Psychofarmakologická podpora klientů již v čase jejich působení v komunitě nebyla nutná.

Tabulka 4 představuje modifikovaný CPSI dotazník (komplexní dotazník parciálních symptomů) využívaný pro neurologická vyšetření u epilepsie a psychiatrická vyšetření psychotických onemocnění (Bernstein & Putnam, 1986). Z tabulky je zřejmé, že dva příznaky (mikrozoopsie a strnulost/netečnost) se v případě všech pěti respondentů nikdy nevyskytovaly.

Naopak příznaky související s kognitivními funkcemi, tedy *zhoršená výbavnost, mezery v paměti, zážitky které ostatní vypráví a respondenti si na ně přesto nevzpomenou*, se vyskytovaly a dále přetrvávají ve všech případech dotazovaných. U těchto symptomů je ovšem zcela na místě uvažovat i o důsledcích vlastního dlouhodobého užívání metamfetaminu, nikoli jen izolovaným reziduálním příznakům metamfetaminové psychózy.

Všechny *somatické příznaky* (znecitlivění bez zjevné příčiny, bolest hlavy, pocity nevolnosti, ztráta vědomí/omdlévání, noční pocení) se vyskytovaly u Emy, tedy respondentky ženského pohlaví a některé z nich (přetrvávající neodolatelnou pohnutku spát, občasné bolesti hlavy a noční pocení) u Broňka lze přičítat jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (hepatitida C).

*Panické ataky* přetrvávají u Denise a Emy, zmatenost/popletenost přetrvává u Cyrila a Denise. U Denise přetrvává nadále i *hůře kontrolovaná agrese* verbálního charakteru a *pocity zažití něčeho, i když tomu tak není*.

U ostatních příznaků lze na základě výsledků z tabulky konstatovat, že v průběhu abstinence zcela vymizely.

V průběhu vyprávění zaznělo jednou či opakovaně u všech respondentů objevení smutku a prázdnoty. V tabulce 6 (Příloha 8) jsou zřehledněné kategorie/kódy dat z rozhovoru.

R1: „*Měsíce se plácám s představou co se životem. Vím, co bych měl, měl bych se vrátit do školy a dostudovat, na druhou stranu, prachy potřebuju. Dost mě děsí ta prázdnota, která mě venku v abstinenci čeká...*“

R3: „*Smutek ani tak necítím, ale obavu z toho, že ten život bude nudnej a nijakej...*“

R5: „*Často se vracím k tomu, jak moc jsem to pokazila, i když se teď fakt snažím, aby Jiříček nestrádal a byl v pohodě, mám fakt strach, že mi to jednou pořádně vyčte...*“

*Postupná adaptace na reálný svět je náročná, únava a vyhaslost, sebelitostivé až téměř hypochondrické stesky ukazují na odeznívání psychotických stavů a vnímání vlastního těla jako reálné součásti vlastní identity.*

R4: „*Jsem často utahanej, dost mě to zmáhá neustále hlídat co se kolem mě děje. Možná proto, když mi to přeroste přes hlavu, tak vyletím*“

R5: „*Komunita mi dává často zabrat, hodně mě unavují neustálé otázky a potřeba všechno řešit*“



R1: „Nemám často náladu se lidma vůbec dohadovat. Jsem z keců některých lidí unavenej a mám co dělat abych občas neulít proti pravidlům...“

I přes odeznělé akutní příznaky více či méně v čase přetrvává (hlavně u Denise a u Emy) symptomový zbytek, zvýšená zranitelnost, oscilující útlum motivace i aktivity.

R4: „Dost se mě tu dotýkaj názory některých lidí. Mám pocit, že jsou často cílené, aby mě dráždili a naštvali...“

R4: „Jo, je mi dost líto, že se tu často setkávám s nepochopením. Dělam vše nejlíp, jak dovedu a furt to není někomu dost...“

R5: „Někdy mám prostě chuť si zalízt a být celý odpoledne sama. Když mi komunita leze na nervy, nejsem schopná dělat ale vůbec nic. A když mě k tomu stejně donutí, je to polovičatá a často odfláklá práce...“

Reziduální jevy mohou být považovány za projev obrany před nadměrným zatížením již prožitými vnějšími podněty, které postižený nedokázal v čase jejich aktuální manifestace eliminovat a adekvátně zpracovat. Osobnostní změnu lze patrně chápat i jako vytváření nové duševní rovnováhy. I když je tato změna objektivní překážkou sociální integrace, vyhýbavost chování a jistá pasivita má subjektivní sebereflexivní smysl.

I přetrvávající snížená citlivost k vlastním tělesným potřebám (v průběhu rozhovorů byl nejčastěji zmiňován sex) ukazuje na objektivní vliv metamfetaminu na fyzické prožitky a uvědomění si rozdílu vnímání tělesných potřeb v čase dlouhodobého užívání a v čase abstinence.

R1: „Myšlenky na sex mám, taky mám ale strach jak to bude bez pervitinu vůbec vypadat...“

R2: „Na sex jsem po celou dobu, co jsem v komunitě pomyslel jen asi třikrát...“

R3: „Jo ženský mě vždycky hodně bavily. Vlastně jsem si celej život hodně užíval. Tady v komunitě o tom samozřejmě s klukama hodně mluvíme. Že bych měl ale nějaký přehnaný myšlenky na „to“, tak to fakt ne... Taky nevím, čeho vůbec budu schopnej...“

R4: „Já se teď soustředím hlavně na sebe. Nějak zvlášť na sex nemyslím. Rozhodně ne tak, že by mě to obtěžovalo...“

R5: „Spíš než po sexu toužím po kontaktu, po objetí. Po těch vyhladovělých letech, kdy jsem emočně dost vyprahla, takový pohlazení je teď nade všechno...“

## **Shrnutí odpovědí na otázku č. 2:**

- Zhoršení kognitivních funkcí (zhoršená krátkodobá paměť, zhoršená výbavnost) má dlouhotrvající charakter;
- Přetrvávající somatické příznaky souvisí se zhoršeným zdravotním stavem;
- V rámci dlouhodobé psychické rekonvalescence přetrvávají stavy smutku a prázdnoty;
- Uvědomování změn souvisejících s abstinencí jako mandatorní změnou životního stylu vedou k nalézání nové duševní rovnováhy;
- Vlastní tělesné potřeby jsou v čase abstinence spíše upozaděny, objevují se obavy z možného selhání.

## **3) Ovlivnil prožitek toxické psychózy se všemi jeho důsledky klientův postoj k úplné abstinenci od drog?**

Na základě rozhovorů respondenti v průběhu léčby v terapeutické komunitě zaujímali k doživotní abstinenci zcela rozhodný postoj. I pro některé respondenty odstrašující zkušenost

s uzavřenými odděleními psychiatrických léčen je patřičným mementem k úvahám nad abstinencí.

*R1/R2: „Byl jsem tam zavřený s těmi největšími blázny, co jsem kdy viděl“.*

Jejich přesvědčení abstinovat je, vedle jejich osobnosti, sociálního zázemí a stupně závislosti, zcela zásadním faktorem ovlivňujícím průběh léčby v terapeutické komunitě i jeho výsledek.

*R2: „Po odchodu z komunity jdeme snad, když mu to dobře dopadne, s Cyrilem do stejného chráněného bydlení. Věřím, že si budeme vzájemnou oporou v abstinenci. I s tím jak jsem na tom zdravotně už musím fakt dávat bacha...“*

*R5: „Jasně, že se mám kam vrátit. Půjdu k našim, tam budu nějaký čas než se s Jiříčkem postavíme na vlastní nohy. Taky to беру jako přestupní stanici mezi komunitou a tvrdou realitou, kde se budu muset starat o nás o oba sama bez podpory“.*

*R3: „U mě všechno závisí na tom, jak to dopadne s tím kriminálem. Vyšetřování s varnou se táhne od roku 2014 a to ještě nikdo neví o těch krádežích aut. Recidivy se ve vězení bojím, to fakt jo...“*

Prožitek toxické psychózy se všemi jejími důsledky je dle všech respondentů jen jedním, i když tím zásadnějším důvodem pro setrvání v abstinenci od drog i když abstinence a relaps jsou přitom u respondentů jen opačnými stranami jedné mince, a proto jejich vztah k abstinenci úzce souvisí s podobnou případné recidivou.

*R1: „Když jsem chodil s Kamilou, dokázal jsem se třičtvrtě roku krotit a vzal jsem asi jen třikrát. Ale pak co už jsem se rozjel, jedna čára stačila, abych v tom třeba po měsíci, kdy jsem byl čistej, zas začal. Ani mě nenapadlo řešit, že do toho zas vlítnu na tvrdo...“*

*R5: „Já jsem to vždy dala jen přes nějakou změnu. Z pervitinu k heroinu, z heroinu k alkoholu a pak zas zpátky k pervitinu. A jak jsem vzala, tak hlavně ty dojezdy byly zas strašný...“*

*R4: „Stačila nějaká hospoda, party, diskotéka a byl jsem v tom zase. Přesvědčení šlo do háje a já začal do toho zas spadnul. Stokrát mi v Káčku říkali, ať na ty akce nelez...“*

Všichni respondenti zmínili, že i po čase krátkodobé abstinence byla vždy behaviorální odpověď na užití metamfetaminu velmi bouřlivá a vyvolávala často rozpoložení paranoidního ladění. Tento stav lze připsat jevu popisovanému jako *senzitivizace* a může jít o jeden z mechanismů udržení závislosti.

V případě všech respondentů se terapeutická komunita setkávala s každým z nich v různých fázích rozpoložení a každý klient v rámci své léčby se těmito fázemi vztahu k abstinenci propracovával. Jak vidno z příběhů pěti klientů, někteří projdou v rámci tohoto procesu i několika terapeutickými programy a dle hloubky relapsu mohou projít fázemi postoje k abstinenci ve svém životě i několikrát. V tabulce 7 (Příloha 8) jsou zřehledněné kategorie/kódy dat z rozhovoru.

### **Shrnutí odpovědí na otázku č. 3:**

- Prožitek toxické psychózy i následná hospitalizace na psychiatrickém oddělení vedou k úvahám o abstinenci
- S ohledem na mechanismus *senzitivizace* předpokládat, že žádný z dotazovaných uživatelů není schopen kontrolovaného nebo příležitostného užívání
- Dobré sociální zázemí a podpora okolí je klíčovým faktorem setrvání v abstinenci

#### **4) Shledává klient vlastní perspektivou potenciální možnost vlivu komunitního prostředí na proces psychické rekonvalescence**

V průběhu setkání všichni dotazovaní mluvili o vlivu komunity, hlavně tedy počátcích svého působení a integraci do komunity. Nejtěžším bylo dle všech dotazovaných především přijímat názory druhých.

*R1: „Často se tu s některýma kousnu. Při vši účtě mám pocit, že některým to tu zrovna moc nemyslí“*

*R5: „Já na skupinách moc nepolemizuju. Spíš se dokážu dopálit třeba v kuchyni, když něco děláme a nemůžem se domluvit na jednom způsobu a pak to všechno dlouho trvá a k ničemu to moc nevede...“*

*R3: „Já jsem spíš mírnej. Ze všeho si tu snažím dělat srandu, no někdy i z lidí to je fakt. Ale je to asi jedinej způsob, jak to být v klidu“*

*R4: „Často mě lidi dost našlápnou. Překrucujou co jsem řekl a jak jsem to myslel. Na skupinách mám někdy pocit, že jdou proti mně právě proto, abych se vytočil a něco provedl...“*

Nesouhlas s těmito názory u všech respondentů alespoň jednou v průběhu dosavadního pobytu v komunitě vedl k úvahám, zda-li by jim venku a s drogami nebylo lépe.

*R1: „Ale jo, kecal bych, kdybych řekl, že mě nenapadlo, co tady vlastně dělám a jestli jsem tu správně“*

*R2: „Asi jednou mě napadlo, že to tu zabalim. Pak jsem šel do nemocnice, bylo mi dost blbě a tak z toho vlastně sešlo...“*

*R4: „Jednou když přijela matka a začala mě terapeutizovat, tak jsem si řekl, to nemám za potřebí, bouchnu výjimečnou (komunitu) a jdu...“*

Na čem se respondenti vesměs jednoznačně shodli je skutečnost, že možnost sdílet tyto pocity a rozčarování dopomohla ke stavu dostat negativní postoje pod kontrolu a vyrovnat se s nimi tak, aby respondenty neohrožovaly.

Na otázku, co respondentům činilo největší obtíže při vyrovnávání se s životem v komunitě, taktéž všichni odpověděli, že v první řadě odhodlání k maximální otevřenosti a hned po té podřízení se rozhodnutí komunity. Komunita jim vzala iluze, sebejistotu, „feťácké vzdušné zámky“, někomu jistou podobu exkluzivity a často výsadní postavení ve společnosti.

*R1: „Nejdřív jsem si říkal, co já tady mám lidem co vykládat, co je komu do mě. Pak se to nějak podalo. Vlastně některý docela zásadní věci jsem si tu už vyřešil...“*

*R3: „Ono je těžký bejt otevřenej. Já si toho fakt moc nepamatuju a to vypadá, jako že nic nechci říct, nebo, že kecám (smích). Ale snažím se otvírat témata, který bych asi jinde neprobíral, hodně tu řeším tu kriminální minulost...“*

*R5: „Nejsem v komunitě poprvé a přesto je tu pro mě spousta věcí nových. Občas žasnu nad nápady ostatních, chvíli mám potřebu konfrontace, ale pak stejně častěji neřeknu nic. Takže se spíš podřídím, i když u toho často skřípu zubama...“*

Naopak nabídla znovunalezení naděje, motivaci, poznání a návrat do (pro někoho tvrdé a dlouho nepoznané) reality.

Zcela nosná témata, která zásadně přispívají k procesu rekonvalescence se pro respondenty jeví:

- 1) nacházení vhodnějších způsobů komunikace, než tomu bylo doposud,
- 2) otevření emocí a odstranění dojmu, že jen já sám se sebou jsem schopen problém vyřešit,
- 3) diplomatictější formy jednání,
- 4) nastavení zrcadla pro kontrolu emocí – tj. jak vypadá, když se nechám celkem bezdůvodně rozhodit,
- 5) umění přijmout objektivní, věcnou a relevantní kritiku,
- 6) moc nad agresí, umění sebeovládání.

Vedle dalších jiných faktorů záleží na adekvátnosti, pohotovosti a trefnosti terapeutických zásahů komunity, do jaké míry a jak rychle se klientovi proces psychické rekonvalescence daří.

Etiologie recidivy je často objasňována pomocí teorie klasického podmiňování. Uživatelé se po období abstinence dostávají do životních situací, v nichž byli navyklí užívat látku, a při expozici konkrétními „spouštěči“ se vitalizuje asociační spoj a mají znovu tendenci užít drogu. Význam behaviorální roviny závislosti je přijímán i psychodynamickými teoriemi které konstatují, že *rekonstruktivní* psychoterapie, zacílená na zrání osobnosti, může, ale nutně nemusí vést k ústupu symptomů a změně chování. Behaviorálně orientované terapie soustředující se na konkrétní praktické zásahy ovlivňování chování tak aby došlo k zamezení užívání drogy, jsou jedním z pilířů psychoterapeutické práce s uživatelem v komunitě. V tabulce 8 (Příloha 8) jsou zřehledněné kategorie/kódy dat z rozhovoru.

#### **Shrnutí odpovědí na otázku č. 4:**

- Je těžké přijímat názory druhých;
- V průběhu léčby se alespoň jednou objevují úvahy nad lepším životem mimo komunitu;
- Odhodlání k maximální otevřenosti a přizpůsobivosti vyžaduje jisté osobní sebezapření;
- Pojmy emoce, kritika, komunikace jsou nosnými tématy v procesu psychické rekonvalescence.

## 10 DISKUZE

V předložené diplomové práci se autorka zabývala fenoménem prožité toxické psychózy v důsledku dlouhodobého užívání metamfetaminu. V kvalitativně zpracovaných případových studiích se zaměřila na anamnestický rozbor pěti klientů odkrývajících vlastní manifestaci toxické psychózy, stavy které akutnímu halucinatorně paranoidnímu syndromu předcházely a následky, se kterými se respondenti vypořádávali po vlastním prožitku, a dále pak v průběhu léčby.

Hrnčiarová uvádí, že průběh toxické psychózy je u každého jedince těžké předem odhadnout. U akutního halucinatorně paranoidního syndromu je vysoké riziko patologicky motivované agresivity, obzvláště při kombinaci s alkoholem. Protrahované paranoidní psychózy jsou často doprovázeny extrapotenčními bludy, velkou vztahovostí až podezíravostí a častou hádavostí (Hrnčiarová, 2015). Vlastnímu fenoménu toxické psychózy předchází dlouhodobé užívání. Vede přes rekreační užívání drogy, které není zpočátku každodenní a dále k plíživému rozvoji závislosti. Riziko vzestupu tolerance se objektivně navyšuje při intravenózní aplikaci. Dokud není odhalena metamfetaminem indukovaná příčina psychózy (toxikologické vyšetření, přítomnost metabolitů v moči, důkladné tělesné vyšetření často odhalující vpichy, nejčastěji na předloktí ev. v kubitách, poškození nosní přepážky v důsledku dlouhodobého šňupání), je poměrně snadné zaměnit ji s akutní a přechodnou psychotickou poruchou, jejíž klinické příznaky, zahrnující bludy, halucinace, psychomotorický neklid a vzrušení doprovázející rychle měnící se chování a silné afekty.

Myšlení postižených je katathymní<sup>55</sup>, souvislost myšlenek je narušena nelogičností. Nicméně porucha myšlení se nepodobá schizofrenní inkoherenci, myšlenky a mluva mají vztah k traumatické nebo emočně zkreslené skutečnosti.

Toxickou psychózu bez výše uvedeného laboratorního a tělesného vyšetření by bylo možno též zaměnit s akutní polymorfní poruchou, která je charakterizovaná proměnlivostí symptomů včetně psychomotorického neklidu, vzrušenosti a někdy i zmatenosti.

Obtížnost zkoumání dlouhodobých účinků stimulancií byly zachyceny ve dvou klinických studiích (Sato et al, 1983, Iwamani et. al, 1994). Rozšířené užívání vysokých injekčních dávek metamfetaminu vedlo k hospitalizaci pacientů v důsledku toxické psychózy, která po vysazení injekčního užívání přestala. Podle DSM-IV mohla být pacientům přiřazena diagnóza schizofrenie, nebo jiného psychotického onemocnění, ale pacienti byli klasifikováni diagnózou toxické psychózy. Pozornost zasluhující je publikovaná malá „open-label“ studie (Sato, 1983) i z důvodu nedostatku jiné evidence dat a vztahu k výsledkům studií na animálních modelech. Zde osmi pacientům z kohorty uživatelů metamfetaminu s chronickými psychózami, kteří znovu relabovali po užívání stimulantů, byly předepsány nízké dávky haloperidolu (3mg denně) a po zotavení byli pozorováni do dalšího psychotického relapsu. Tito zúčastnění psychoticky nezrelabovali, a to i v případě, že se vrátili k užívání stimulancií. U účastníků studie, kterým nebyl podán haloperidol došlo k relapsu psychotického stavu a tento stav trval dny až týdny po vysazení metamfetaminu. Uvedené výsledky by mohly postulovat skutečnost, že pokud jedinci nejsou schopni zdržet se užívání i přes opakované psychotické epizody, pravidelné nízké dávky antipsychotik by mohly snížit nebo zcela zabránit následné senzitivizaci. Je zcela zřejmé, že studie zkoumající senzitivizaci vůči metamfetaminu, potažmo stimulanciím u lidí jsou zcela nevhodné s ohledem na etické hledisko výzkumu, ale senzitivizace u animálních modelů jsou nadále předmětem výzkumu.

---

<sup>55</sup> Zkreslené ve smyslu vlastních přání nebo obav

Zajímavou kohortovou studii provedli McKetin at al (2017), kteří zkoumali bludy a halucinace související s tranzitní metamfetaminovou psychózou (tMAP), persistentní metamfetaminovou psychózou (pMAP) a primární psychózou. Subjekty s diagnózou závislosti na metamfetaminu byli zařazeni do výzkumných ramen A – bez současných psychotických příznaků, B – psychotické příznaky pouze po užití metamfetaminu, C – psychotické příznaky s i bez užívání metamfetaminu, D - pacienti splňující diagnostická kritéria schizofrenie nebo mánie dle DSM-IV. Validně přítomné psychotické symptomy byly klasifikovány jako 4 a více bodů z 10ti bodové škály u symptomů zahrnujících podezíravost, halucinace nebo neobvyklý obsah myšlenek v posledním měsíci. Tranzitní MAP byla spojena v naprosté většině s persekčními bludy a taktilními a sluchovými halucinacemi, persistentní MAP odkazuje navíc na asociované halucinace (tedy postižení s existujícím halucinatorním vjemem ještě dále domýšlí, co vše by se mohlo stát), interferencí myšlení a komplexní auditivní, vizuální, čichové a taktilní halucinace. Pacienti s primární psychózou manifestovali myšlenkové projekční bludy a ve vysoké míře erotomanií, případně viscerální (orgánové) halucinace se sexuální podtextem (pocity, orgasmu, penetrace apod.). V diplomové práci autorka prostřednictvím výpovědí klientů potvrzuje přítomnost persekčních bludů a sluchových halucinací (imperativních i teleologických) a dále asociované halucinace. U uvedených případovými studií stojí za zmínku ještě přítomnost halucinací v podobě elementárních vjemů - fotonů či akoazmat<sup>56</sup> (viz. tab 4), přítomnost a přítomnost pseudohalucinací. Naopak nepotvrzuje přítomnost čichových či taktilních halucinací. Jevy vyskytující se u testované skupiny D – tedy primárních psychóz (projekční bludy, viscerální halucinace) též nebyly u klientů zaznamenány.

Má-li se autorka zodpovědně pustit do diskuze nad vlivem prožitku toxické psychózy se všemi jeho důsledky a postojům klientů k úplné abstinenci od drog, je třeba zcela zodpovědně poznamenat, že přesto, že postoje všech dotazovaných klientů byly manifestovány jako rozhodné a např. dlouhodobá hospitalizace v psychiatrických nemocnicích pro ně byla velkým mementem je jejich naplnění velmi obtížné. Přijetí role doživotně abstinujícího jedince je spojená s přijetím zcela jiných norem, systému a způsobu života. S tím zcela jasně souvisí opuštění dosavadních přátel z drogové komunity a obtížné hledání nových „bezpečných“ přátel a doživotní posilování pozitivní motivace k abstinenci. Tato změna je možná jen s trvalou a pevnou změnou postojů a chování. Velmi důležité je neustrnout v dosažených změnách, ale neustále rozvíjet svou osobnost, nezřídká se jako pomoc abstinujícímu jeví pomoc z jeho strany směrem ven k ostatním. Je třeba, aby si klienti skutečně zvědomili svou touhu/potřebu být čistý, rozhodnutí k abstinenci z dříve či později deklarovaného popudu okolí je z dlouhodobého hlediska spíše neefektivní, byť déle abstinující jedinci tento případný nátlak hodnotí jako pozitivní. Ještě v procesu skupinových setkání v komunitě je zcela nezbytné, aby klienti byli nabádáni k důsledným rozborům situací a identifikaci spouštěčů a především k tomu aby sami aktivně hledali a nabízeli podobu řešení, která změn plánují dosáhnout (nikoli jen mechanické utvrzení, že jich plánují dosáhnout). Klienti v komunitě často vybízí (a především sami sebe přesvědčují) k dojmu, že jsou, nebo ihned po opuštění komunity budou na život se všemi jeho nástrahami připraveni. Verbalizovaná introspekce může být jedním z klíčů snazšího a efektivnějšího přechodu mezi laboratorním prostředím komunity a reálným životem.

Bútora (1990) se ve své knize *Překročit svůj stín* snažil zachytit sociální, psychologický a emocionální svět abstinujícího člověka. Prostřednictvím čtyř fází abstinence (1.) *musím*, 2.) *chci*, 3.) *budu* a 4.) *abstinuji*) popisuje průběh od stavu vynucenosti (tedy *musím*), touhy po ukázání světu, že abstinenci lze zvládnout, přes úžas nad skutečností, že abstinenci lze vůbec zvládnout.

---

<sup>56</sup> Jednoduchý sluchový vjem, např. cinknutí nebo klepnutí

V tomto stavu bývá abstinence často utajovaná a souvisí se proměnou okruhu známých a přátel. Klienti sami glosují, že tato úspěšnost této fáze je u nich jednoznačně podpořená klauzurními podmínkami rezidenční léčby a je v čase výjezdů či bezprostředně po odchodu z komunity velice křehké. V čase přerodu do fáze *chci* se objektivně snižuje úsilí o udržení abstinence, objevuje se především v rizikových situacích. Objevují se první odměny a uznání za abstinenci, často také přichází sklony reformovat a spasit ostatní užívající jedince. Nový a hodnotný život může být předmětem rozhodnutí „ano, takhle chci žít“. Většina abstinujících klientů v této fázi zůstává. Velkou hrozbou bývá sociální vakuum, nedostatek nových bezpečných známých a fakt, že okolí již snižuje ostražitost vůči abstinujícímu. Ve fázi *budu* se abstinence stává prostředkem, nikoli cílem. Mohou ovšem nebezpečně prosakovat pocity závislosti vůči, těm, kteří užívat umí. Nicméně, emocionální, racionální i behaviorální postoje k návykové látce se stereotypizují a fixují a závislost má charakter vzpomínky. Jedinec nemá problém s přiznáním/zveřejněním své abstinence, sám sebe identifikuje jako abstinenta. Ve fázi *abstinuji* dochází k rozvoji tzv. *tvorivé abstinence*, tedy nacházení předností a radostí, návykové látky jsou jedinci lhostejné. O abstinenci většina okolí ví a plně ji akceptuje. Člověk smířen s abstinencí je pokorný a chápe závislost jako příležitost k osobnímu rozvoji.

Jeden z klientů popsal situaci v komunitě jako inkubátor. Toto přirovnání se autorce velmi zalíbilo, neboť v něm spatřuje asociaci líhně nového, lepšího života. Zdárný proces absolvování jednotlivých fází léčby, od nastavování hranic, pravidel, akceptace denního režimu, rituálů - pro mnoho klientů často nesmyslných, absurdních, někdy až trapných..., po přejímání zodpovědnosti za druhé a napomáhání ostatním v orientaci a co nejeфекtivnějším uchopení léčby je pro všechny klienty prostředkem k růstu a získávání sebevědomí. S dílčími úspěchy v léčbě, splněnými úkoly, podařenými přestupy přichází progrese sebevědomí a s tím u většiny klientů i ke zdárnému procesu psychické rekonvalescence. Pro vlastní proces psychického zotavování je neoddiskutovatelným přínosem, že rezidenční léčba (ať již komunitní či hospitalizační) přebírá za klienty dílem zodpovědnost ve smyslu jasné struktury a pevné organizace volného času a materiální/finanční tíži, tedy zajištění ubytování a stravy a dává klientům po letech často strávených v nelichotivých či dokonce bezútešných životních podmínkách možnost důstojně se nadechnout.

Z hlediska získávání (tvorby) kvalitativních dat byl vcelku zajímavý proces kreslení životní křivky respondentů s jejich více či méně podrobnými komentáři k jednotlivým úsekům. Pro některé respondenty bylo zadání nakreslit životní křivku zcela jednoduché a srozumitelné a neváhali jí bez dlouhého přemýšlení ztvárnit. Dva respondenti vyjádřili názor, že jejich život nelze zjednodušit tak, aby ho dokázala vyjádřit jakkoli zakřivená čára. Hunalová popisuje ve své práci šest základních prototypů čar, které deklarují specifické neverbální vyjádření celkové životní orientace jedince a jeho pojetí sebe a okolního světa (Hunalová, 2007). Jak vidno z jednotlivých oddílů, tvar křivek jednotlivých respondentů je ve všech pojetích rozmanitý a zachycuje množství událostí nebo období spojených se silnou proměnou emočního prožívání. Především u Broňka a u Denise má významně oscilující charakter, svědčící o silném emočním prožívání, může poukazovat na snadnou zranitelnost a malou odolnost. Naopak u Adama a Emy křivka nevykazuje signifikantnější píky, jen relativně malé vzestupné a sestupné linie a jsou na ní zaznamenány jen nejdůležitější události. Toto pojetí ukazuje na spíše strukturovanou osobnost s chudším a oploštělejším emočním prožíváním.

Křivka ve tvaru dominujícího oblouku u Cyrila vypovídá o celkovém životním naladění spojeným s vývojem životního tempa, výkonnosti a intenzity emocí a vykazují spíše simplexní charakter uvažování nad prožitými událostmi.

V jednotlivých souhrnech případových studií se autorka pokusila o charakteristiku psychologického profilu jednotlivých respondentů. Ukazuje se, že náchylnější k závislostnímu chování bývají jedinci s určitou poruchou osobnosti. Užívání (nejen) metamfetaminu může tuto poruchu ještě zesílit nebo vyvolat doposud skryté psychické onemocnění.

K návykovému chování mají sklon především jedinci s prediktivními obtížemi v emoční oblasti a s tendencí k afektivním poruchám. Dále jsou to osoby s narcistickou, hraniční, disociativní a disociální poruchou osobnosti, které většinou vznikají v důsledku nějakého traumatického zážitku, prodělaného především v dětství, v dospívání či osoby se syndromem narušené závislosti na odměně. Jak deklaruje Kalina, tato traumatizace často vede k nízkému sebehodnocení, nenávisti k sobě samému i ke svému tělu, neschopnosti ocenit svoje vlastní kvality ani kvality ostatních a k následnému pocitu izolace vůči sobě samému i vůči ostatním (Kalina 2003).

Rizikovými faktory jevíci se jako významné v otázce závislostního chování jsou nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti a snížená odolnost vůči zátěži.

Osobnost vykazující známky zvýšené citlivosti, zranitelnosti a úzkostného ladění inklinují k užívání drog se stimulačním účinkem, neboť ty jim krátkodobě zvyšují sebevědomí, kompenzují nedostatky, které u sebe tyto osoby jinak vnímají.

Malý počet respondentů v diplomové práci se autorka snažila vyvážit důkladností a velkou podrobností narativního rozhovoru a zpracováním parametrů souvisejících s užíváním metamfetaminu jednotlivých respondentů, stejně tak výčtem symptomatologie.

Jistým limitem se ukázala být zvolená metoda sběru dat. Autorka byla v průběhu výzkumu odkázána výhradně na rozhovor a vzpomínky respondentů, které byly z období vzdáleného několik měsíců či dokonce jednoho roku. Nebylo tudíž možné postihnout proces odeznívání psychotických příznaků sledovat v reálném čase, ale společně s respondenty jsme se k němu dopracovávali prostřednictvím výpovědí a vybavování si konkrétních situací, často až v průběhu vlastního rozhovoru. Aby byla realita odeznívání psychotických příznaků autentičtěji postihnuta, bylo by třeba respondenty sledovat v čase blíže vlastnímu prožitku toxické psychózy, ideálně v delším časovém horizontu. Možnost opakovaného kontaktu s respondentem umožnila některé fragmenty výpovědi upravit či detailněji specifikovat.

Autorka si je též vědoma, že v práci nenabídla možnost srovnání sledovaných jevů (především zotavování psychického stavu) v porovnání s jinými léčebnými zařízeními (např. psychiatrickými nemocnicemi). Důvodem není opomenutí jiných možností léčby, ale nabídka pohledu budoucího adiktologa – pomáhajícího odborníka na vlastní léčebný aspekt komunitního dění a klientského zpracování strategie „vytváření sítí“. Vytváření interpersonálních řetězců nebo sítí a využívání principů skupinové koheze v komunitě je optikou klientů nezpochybnitelným promotorem psychické rekonvalescence a osobnostního zrání. Model je postaven i na integraci rodinných příslušníků, přátel a kolegů do interakční a podpůrné sítě. Tato široká skupina poskytuje emoční podporu a vzájemnou komunikaci jako rodina tak, aby plynule navázala na terapeutický faktor komunitního prostředí.



# ZÁVĚR

Tato práce představuje příspěvek k porozumění stavu toxické psychózy jakožto důsledku dlouhodobého užívání metamfetaminu. V průběhu procesu hledání a odhalování společných jmenovatelů studovaného fenoménu autorka vycházela nejen z poskytnutých příběhů, ale i z možnosti pozorování chování respondentů v prostředí terapeutické komunity. Kromě vlastního prožitku toxické psychózy zprostředkovaného v průběhu narativního rozhovoru se i případné reziduální stavy ukázaly být jasně dosledovatelné nejen na úrovni jednotlivce, ale i v procesu interakce mezi jednotlivci.

S ohledem na nízký počet respondentů je neoddiskutovatelné, že výsledky výzkumu nemohou přinést zobecnitelnou zákonitost průběhu toxické psychózy a to jak v délce, tak intenzitě a podobě prožitku. Nicméně studie přesto naznačila, že již před vlastním prožitkem psychózy se objevují změny v chování a stavy duševního rozpoložení, které lze popsat jako chorobné a lze jim připisovat možnou souvislost a označit je jako předzvěst stavů psychotických. Jedná se nejčastěji o úzkostné stavy, stavy časté verbální agrese, paranoidního ladění nebo o emulační bludy. Takto lze vysledovat několik determinant, které se prolínaly všemi příběhy a dávaly tak podobě metamfetaminové psychózy zřetelnou kvalitativní autonomii. U tří z pěti klientů bylo možné identifikovat více či méně vyhasínající hyperkinetický extrapyramidový syndrom (dyskinéza, automatismy). Všichni klienti vykazují objektivní tranzitorní kognitivní poruchy v podobě deklarovaného postižení krátkodobé paměti a poruchy pozornosti. Psychotické reminiscence se donedávna vyskytovaly u dvou respondentů, k rozpuštění zbytkových příznaků docházelo pomocí progresivní relaxace.

Ve všech pěti případech respondentů se výskyt toxické psychózy také ukázal být tou poslední fází v průběhu užívání, která vedla respondenty k vyhledání odborné pomoci.

Nedostatek klinických důkazů v oblasti včasné identifikace projevů toxické psychózy znesnadňuje léčbu a odkazuje odborníky výhradně na jejich klinickou zkušenost. Použitím údajů z dříve uvedených studií lze vyvodit, že užívání stimulancií vede ke krátkodobým psychotickým reakcím, které jsou výrazněji manifestované u jedinců, kteří již mají aktivní příznaky psychózy a nejsou dosud залечены antipsychotiky. Vyslovená hypotéza, že užívání stimulantů může vést k chronické psychóze, má sice podpůrný důkaz v podobě dat humánních studií, nicméně je nižší mohutnosti s ohledem na velikost vzorku. Při absenci lepšího důkazu, léčba stimulanty indukované psychózy by měla zahrnovat především úsilí podpořit plnou abstinenci od užívání metamfetaminu a potřeby medikace antipsychotiky dokud se psychotické příznaky neustálí.

Vzhledem k tomu, že důkaz, jakkoli slabý, poukazuje na existující senzitivizaci, je důležité, aby jedinci užívající stimulancia byli asertivně vedeni ke snaze zabránit vzniku dlouhotrvající chronické psychózy.

Hosák, Maixnerová & Valešová (2009) uvádí, že rozdíl mezi metamfetaminovou psychózou a schizofrenií je ve své podstatě jen kvantitativní, spíše se jedná o kontinuum chorobných stavů.

Nicméně, získané poznatky z deskriptivních popisů podob psychotických stavů indukovaných metamfetaminem by proto mohly posloužit jako jeden z podpůrných modelů při výzkumu příčin a léčby schizofrenie.

Subjekty s protrahovanou metamfetaminovou psychózou často trpí kognitivním deficitem, který mu brání v adaptivním vnímání a interpretaci sociální reality. Oslabené sociální dovednosti

způsobují selhávání v každodenních činnostech. Porucha exekutivních funkcí znesnadňuje plánování, iniciaci a dokončení činností, které zdravý člověk vnímá jako zdroje smysluplnosti. Hůře reagují na změnu, nedokáží se soustředit ani identifikovat podstatné znaky z vnější reality. Pokud jsou subjekty pacienti psychiatrických nemocnic, život za zdí, bez koncepčního smysluplného naplnění dne, stávají se objektem intenzivní existenciální frustrace (Frankl, 2006, Yalom, 2006) s výsledkem maligních projevů na psychofyzikální úrovni organismu a tvorbou negativních příznaků. Perry a Viglione (Lečbych, 2013) vytvořili index poškození Ega (EII), hodnotící potenciální poškození Ega (testování reality, proces usuzování, užívání obranných mechanismů). Pointou indexu Ega je, že deficit funkce Ega znemožňuje schopnost se vztahovat k vnitřní i vnější realitě. V celém procesu psychoterapie, kterým klienti v průběhu komunitní léčby procházejí je řada terapeutických intervencí, směřujících na změnu chování i změnu osobnosti. Obrovský význam má především samotná verbalizace, jakožto proces překladač prožitků a chování do terminologického a syntaktického jazyka, umožňující klientovi kontakt s vlastním tělem, emocemi a jednáním v rámci interpersonálních vztahů a neuvědomovaných životních scénářů, jenž může po jejich zvědomění snáze rozpoznat, zpracovávat, zvládat a měnit. Terapeutická komunita podporuje klientovu aktivizaci, každodenní návyky, zachování vztahových vazeb a umožňuje zachování přirozených zdrojů smyslu v životě člověka, čímž potencuje úspěšnou rekonvalescenci.

## POUŽITÁ LITERATURA

- [1.] Adameček, D., Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. Kapitola 25, In: *Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [2.] Adan, A. (1994). Chronotype and personality factors in the daily consumption of alcohol and psychostimulants. *Addiction*, 89, 455-462.
- [3.] Adan, A. & Sánchez-Turet, M. (2000). Effects of smoking on diurnal variations of cardiovascular parameters. *International Journal of Psychophysiology*, 20, 189-198.
- [4.] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1998, 155 (Suppl. 5), 34 p.
- [5.] Andershed, K.A (2005). *In sync with adolescence: The role of morningness-eveningness in adolescence*. New York: Springer.
- [6.] Alm S. et al (1992). Classification of Illegal Leuckart Amphetamine by Gas Chromatographic Profiling, *Report 25*, National Laboratory of Forensic Sciences, Linköping, Sweden.
- [7.] Barnard A. R., Nolan, P. M. (2008). When clock go bad: Neurobehavioral consequences of disrupted circadian timing. *PLoS Genetics*, 4, e1000040.
- [8.] Barnhorst, A. (2015). Amphetamine-Related Psychiatric Disorders Follow-up. Retrieved Sep 27, 2016 from <http://emedicine.medscape.com/article/289973-followup>.
- [9.] Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 174 (12), 727 – 735.
- [10.] Bečková, I., Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
- [11.] Blažek, B., Olmrová, J. (1985). *Krásy a bolesti*. Praha: Panorama.
- [12.] Bressler M., Heinzerling, K.G., Shoptaw, S. (2013). Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: An update. *Drug and Alcohol Review*, 32, 449-460.
- [13.] Bútor, M. (1990). *Překročit svůj stín*. Praha: Avicenum.

- [14.] Caci, H., Deschaux, O. Adan, A., Natale, V. (2009). Comparing three morningness scales: Age and gender effects, structure and cut-off criteria. *Sleep Medicine*, 10, 240-245.
- [15.] Cahová, P., Pejčochová, J., Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a v dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*. 11(6), 373-377.
- [16.] Castner, S.A., Goldman – Rakic, P. (1999). Long lasting psychomimetic consequences of repeated low dose amphetamine exposure in rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacology*, 20, 10-28.
- [17.] Čermák, I. (2002). Myslet narativně: Kvalitativní výzkum „On the road“. In Čermák, I., Mioviský, M. (Eds.) (2002): *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Sborník z I. Ročníku konference. Tišnov: SCAN. Str. 11-25.
- [18.] Čermák, I. (2004) *Narativní myšlení a skutečnost*. Čs. Psychologie 1 (48), 17-26.
- [19.] Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba*. 3. vyd., Praha: Maxdorf -Jessenius. Str. 270.
- [20.] Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie – odvykací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. Kapitola 18, In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [21.] Dvořáček, J. (2003). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1.mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- [22.] De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- [23.] DXM APAP. *Cigna Health Care*. Archived from the original on 20 January 2013. Retrieved 20 Jul 2016 from [www.cigna.com](http://www.cigna.com).
- [24.] Egelko, S., Galanter, M. (1998). Impact of social anxiety in a „therapeutic community“ – oriented cocaine treatment clinic. *Am. J. Addict.* Spring, 7(2), p. 136-141.

- [25.] EMCDDA. Evropská zpráva o drogách, trendy a vývoj 2016, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- [26.] Falcon, E., McClung, C. A. (2009). A role for the circadian genes in drug addiction. *Neuropharmacology*, 56, 91-96.
- [27.] Faravelli, C., Pallanti, S. (1986). Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146: p. 622-626.
- [28.] Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- [29.] Fišerová, M. (2003). Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, p. 114-118.
- [30.] Frankl, V., E. (2006). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- [31.] Fujii, D. (2002). Risk Factors for Treatment-Resistive Methamphetamine Psychosis. *J. Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*. (14)2: 239 -240.
- [32.] Gau, S. S., Shang, C. Y., Merikangas, K. R. Chiu, Y. et al (2007). Association between morningness-eveningness and behavioral/emotional problems among adolescents. *Journal of Biological Rhythms*, 22, 268-274.
- [33.] Gergen, K. (1996). Is Diagnosis a Disaster? In Kaslow, F. (Ed.). *Handbook of Relational Diagnoses and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons.
- [34.] Grabowski, J., Shearer, J., Merrill, J. et al (2004). Agonist-like, replacement pharmacotherapy for stimulants abuse and dependence. *Addictive Behaviors*. 29(7), 1440-1462.
- [35.] Hampl, K.(1985). Parenterální alnagonismus. *Praktický lékař*. Roč. 69, č. 20, str. 753-756.
- [36.] Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- [37.] Herzog, E. D. (2007). Neurons and networks in daily rhythms. *Nature Reviews*, 8, 790-802.

- [38.] Hosák, L., Maixnerová, R., Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro Praxi*. 10(2), 85-88.
- [39.] Howell, L. Kimmel, H. (2008). Monoamine transporters and psychostimulant addiction. *Biochemical Pharmacology*. 75 (1). 196-217.
- [40.] Hrnčiarová, J. (2015). Závislost na návykových látkách. In: Hosák, L. Hrdlička, M., Libiger, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Avicenum, 167-171.
- [41.] Hugo J., Vokurka M. (2004). *Velký lékařský slovník*. Praha: Kosmas.
- [42.] Hunalova, L. (2007). Integrace životní zkušenosti: Výzkumné možnosti metody životní křivky. *Diplomová práce*. 58-61.
- [43.] Iijima, M., Nikaido, T., Akiyama, M. et al (2002). Metamphetamine-induced, suprachiasmatic nucleus-independent circadian rhythms of activity and mPer gene expression in striatum of the mouse. *European Journal of Neuroscience*, 16, 921-929.
- [44.] Iwanami, A., Sugiyama, A., Kuroki, N. et al. (1994). Patient with metamphetamine psychosis admitted to a psychiatric hospital in Japan: a preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89, 428-432.
- [45.] Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho infiltrace pro odbornou péči. Kapitola 4, In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [46.] Kalina K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- [47.] Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*. 13(2), 144-164.
- [48.] Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. 1.vyd. Praha: Grada., s. 98.
- [49.] Kalina K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1.: mezioborový přístup*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
- [50.] Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislostí*. Praha: Inverze – SANANIM.

- [51.] Karila L., Weinstein, A., Aubin, H.J. et al (2009). Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 69(6), 578-592.
- [52.] Kasprzyk-Hordern, B., Richard, M., Dinsdale, A. (2008). The occurrence of pharmaceuticals, personal care products, endocrine disruptors and illicit drugs in surface water in South Wales, UK. *Water Research*. 42, 3498-3518.
- [53.] Katzung, BG. (2006). *Základní a klinická farmakologie*. Praha: Nakladatelství HaH Vyšehradská s.r.o.
- [54.] Kazufumi A. (2006). Longitudinal Clinical Course Following Pharmacological Treatment of Methamphetamine Psychosis Which Persists after Long-Term Abstinence. *Ann NY Acad Sci*. 1074, 125-134.
- [55.] Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- [56.] Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová terapie v praxi*. 3., doplněné vydání. Praha: Galén.
- [57.] Koyman, M. (1993). Terapeutická komunita pro závislé. In: *Nevšímal P. (Ed.) (2005). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje – Magdaléna o.p.s.
- [58.] Kupka, K., Kubinyi J., Šámal M., et al. (2007). *Nukleární medicína*. Praha: P3K. Str. 185.
- [59.] Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada.
- [60.] Levi, F., Schibler, U. (2007). Circadian rhythms: Mechanisms and therapeutic implications. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 47, 593-628.
- [61.] Liebig, J. (2015). Schizofrenie a jiné psychotické poruchy. In: *Hosák, L. Hrdlička, M., Liebig, J. Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Avicenum. 180-186.
- [62.] Liu, Y., Wang, Y., Jiang, Z. et al (2007). The extracellular signal-regulated kinase signalling pathway is involved in the modulation of morphine-induced rewards by mPer1. *Neuroscience*. 146, 265-271.
- [63.] Lüllmann, H. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada Publishing.
- [64.] Maršálek, M. (2008). Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatria pre prax*. 9 (6), 273 – 278.

- [65.] Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Socialforschung*. München: Psychologie Verlag Union.
- [66.] McClung, C. A. (2007). Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacology at Therapeutics*. 11, 222-232.
- [67.] McKetin, R., Baker, A.L., Dawe, S., Voce, A., Lubman, D. (2017). Differences in the symptom profile of metamphetamin-related psychosis and primary psychotic disorder. *Psychiatry Res*. 251, 349-354.
- [68.] Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize.(1992). Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum. Str.282.
- [69.] Michal, V. (1974). Projektivní metody. In: Švancara, J. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
- [70.] Miles, M. B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis for Applied Policy Research*. London: Sage. Str.272.
- [71.] Miller, W. R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN.
- [72.] Miovská, L. Miovský, M., Kalina K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. (Ed.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 75-87.
- [73.] Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- [74.] Minařík, J., Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. Kapitola 2, In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [75.] Minařík, J. (2003). Stimulancia, 164-168. In: Kalina K., Radimecký, J. (Eds). (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání Praha: Úřad vlády České republiky.
- [76.] Montani, D., Seferian A., Savale, L., et al. (2013). Drug-induced pulmonary arterial hypertension: a recent outbreak, *European Respiratory Review*. 22, 244-250.
- [77.] Mravčík, V., Chomnyová, P., Grohmanová K., et al. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.



- [78.] Natale, V., Ballardini, D., Schumann R et al (2008) Morningness- eveningness preference and eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 45, 549-553.
- [79.] Národní protidrogová centrála. *Výroční zpráva/Annual Report 2015*. Retrieved on 28Dec2016 from <http://www.policie.cz/clanek/vyrocní-zpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>.
- [80.] Národní registr hospitalizovaných 1994- 2014. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- [81.] Nevšimalová, S., Růžička, E., Tichý J. (2005). *Neurologie*. 1.vydání. Praha: Galén. Str. 30-35.
- [82.] Ng, Y.L. (1992). Methods in Chemical Profile Analysis. *Research Report of State Forensic Science Laboratory*. Victoria, Australia.
- [83.] Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage Publication Inc. Str. 40-41.
- [84.] Peele, S., Brodsky, A. (1991). *The Truth about Addiction and Recovery*. New York: Simon and Schuster.
- [85.] Porth C.J., Bamrah, V.S., Tristani F.E., Smith, J.J. (1984). The Valsava maneuver: mechanism and clinical implications. *The Journal of Acute and Critical Care*. 13(5), 507-518.
- [86.] Praško, J. (2010). Panická porucha a její léčba. *Postgraduální medicína*. Retrieved on 28Dec2016 from <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-jeji-lecba-449530>.
- [87.] Příhoda, P. (2005). Užívání psychotropních látek pacienty se schizofrenním onemocněním, In: *Wenigová, B., Stuchlík J. Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Amepra.
- [88.] Remberg, B., Stead, A.H. (1999). Drug characterization/impurity profiling, with special focus on methamphetamine: recent work of the United Nations International Drug Control Programme, *Bulletine of Narcotics*. Vol LI, Nos 1 and 2.

- [89.] Richardson, W.S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., Hayward, R.S. (1995). The Well-built Clinical Question: A key to evidence-based decisions. *American Clinical Practice Journal Club*. 123 (3), A12-13.
- [90.] Řekni ne drogám – řekni ano životu. *Stadia pervitinových zážitků*. Retrieved on June 12, 2016 from <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-stadia-pervitinovych-zazitku.html>.
- [91.] Sato, M., Chen, C. Akiyama, K. et al. (1983). Acute exacerbation of paranoid psychotic state after long-term abstinence in patients with previous methamphetamine psychosis. *Biological Psychiatry*. 18, 429-440.
- [92.] Selvi, Y., Aydin, A., Atli, A. et al. (2011). Chronotype differences in suicidal behavior and impulsivity among suicide attempters. *Chronobiology International*. 28, 170-175.
- [93.] Spanagel R, Rosenwasser A.M., Schumann G., Sarkar D.K. (2005). Alcohol consumption and the body's biological clock. *Alcohol Clin Exp Res*. 29, 1550-1557.
- [94.] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Prevention of Substance abuse and Mental Illness*. Retrieved on Sep 27, 2016 from <http://www.samhsa.gov/prevention>.
- [95.] Strauss, A. L., Corbin J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- [96.] Svobodová, J., Václavík, M. (2006). Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu. *Psychiatrie pro Praxi*. 6, 282-284.
- [97.] Thirtalli, J., Benegal, V. (2006). Psychosis among substance users. *Curr. Opin. Psychiatry*. 19(3): 239-245.
- [98.] Thomas, K.V., Bijlsma L., Castiglioni, S. (2012). Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis. *Science of Total Environment*. 432, 432-439.
- [99.] The most commonly used methods of synthesis in the illicit manufacture of methamphetamine *United Nations Office on Drugs and Crime*. Retrieved June 15, 2016, from [www.unodc.org](http://www.unodc.org).

- [100.] Uz, T., Ahmed, R., Akhisaroglu M. et al. (2005). Effects of fluoxetine and cocaine in the expression of clock genes in the mouse hippocampus and striatum. *Neuroscience*, 134, 1309-1316.
- [101.] Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- [102.] Vodrážka, Z. (2007). *Biochemie*. Praha: Academia.
- [103.] Volkow, N.D., Fowler, J. S., Wang, G.J., et al. (2010). Distribution and pharmacokinetics of methamphetamine in the Human body. *Clinical implications*. PLoS ONE (5), 12.
- [104.] Wang, X., Wang, Y., Liu Y. et al. (2006). Altered expression of circadian clock gene, mPer1, in mouse brain and kidney under morphine dependence and withdrawal. *Journal of Circadian Rhythms*. 4(9), 4-9.
- [105.] Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interview*. London: SAGE.
- [106.] Yin, R. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- [107.] Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- [108.] Yalom, I. D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vzor Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu

Příloha č. 2: Vzor Vernonova záznamového archu pozorování

Příloha č. 3: Životní křivka Adama

Příloha č. 4: Životní křivka Broňka

Příloha č. 5: Životní křivka Cyrila

Příloha č. 6: Životní křivka Denise

Příloha č. 7: Životní křivka Emy

Příloha č. 8: Kódování/kategorizace dat

Příloha č. 9: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

# PŘÍLOHA Č. 1

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze  
DP Amfetaminová psychóza\_2016

Jméno

a příjmení

klienta/klientky:

.....

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU**

### **Úvodní informace**

*Název výzkumné studie:* Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série případových studií klientů terapeutické komunity.

*Řešitel:* Eva Musílková, studentka Adiktologie na 1. lékařské fakultě LF UK

*Účel:* Diplomová práce v magisterském studiu oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

*Vedoucí diplomové práce, garant výzkumu:* doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.,  
Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN

Vážená klientko, vážený kliente,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci na výzkumu k mé diplomové práci s názvem „Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série případových studií klientů terapeutické komunity“. O toxické psychóze hovoříme v souvislosti se zneužíváním návykových látek. Nejčastěji bývá spojována s metamfetaminem pervitinem, amfetaminy, kokainem, halucinogeny a konopím. V případě psychostimulancií (pervitin, amfetaminy...) se často jedná o paranoidní syndrom. Jde o psychotickou poruchu (onemocnění) podobnou schizofrenii, rozdíl lze poznat obvykle až podle průběhu choroby a údajů o amnézii. Toxická psychóza se projevuje sluchovými halucinacemi a halucinacemi jiných smyslů (zrakové halucinace sem patří výjimečně). Postižená osoba se cítí pronásledovaná, je velmi vztahovačná. Uživatelé pervitinu znají toxickou psychózu, respektive paranoidně-halucinatorní syndrom pod slangovým označením „stíha“. Taková stíha může být dílem okamžiku intoxikace velkými dávkami a pak samovolně odeznít. Může ale také jít o závažné psychické onemocnění vyžadující odbornou péči.

### **Vysvětlení výzkumu**

Výzkumná práce se zabývá studiem prožitku toxické psychózy a vztahem mezi několika parametry definovaným užíváním amfetaminu (intenzita, délka užívání) a jejího vývoje v čase, v podmínkách terapeutické komunity. Podstatou diplomové práce jsou rozbory vybraných případů, ve kterých je kladen důraz typické projevy toxické psychózy a její popisný průběh a současně snaha o ohraničení toxické psychózy jako následek užívání metamfetaminu, oproti jiným formám psychotického onemocnění.

Cílem diplomové práce je tedy zjistit, jak se Vaše projevy toxické psychózy postupem mění s ohledem na skutečnost, jak dlouho a intenzivně jste metamfetamin (pervitin) užíval/a a ověřit, že abstinence napomáhá k úlevě či úplnému vymizení příznaků. Konečným cílem má být nalezení souvislosti mezi užíváním návykových látek a psychotickými poruchami.

### **Čeho se týká souhlas s účastí ve výzkumu**

Tato konkrétní výzkumná studie pro účely diplomové práce spočívá především v dotazování. Setkáme se tedy u dvou rozhovorů, prvního cca 60ti minutového a druhého cca 20ti minutového v průběhu Vašeho pobytu v terapeutické komunitě. V průběhu rozhovorů se Vás budu ptát na subjektivní prožitky související s psychózou a objektivní klinické příznaky (bolesti hlavy, poruchy soustředění, zadrhávání v řeči a jiné). Obdobný rozhovor proběhne i s členem týmu TK, který Vás dobře zná (např. Váš garant) a jeho předmětem bude dotazování na případné komplikace ve Vaší léčbě, které se případně vyskytly. Dále Vás požádám o nakreslení životní křivky (resp. části související s užíváním pervitinu). Na čistý papír se pokusíte graficky zaznamenat průběh Vašeho psychického rozpoložení v čase, po té Vás požádám, abyste Váš záznam okomentoval, či cokoli co k tomu uznáte za vhodné dodal.

### **Zabezpečení osobních údajů**

Veškeré zjištěné informace budou kódovány a zpracovány zcela anonymně. V žádném výstupu z této výzkumné studie (diplomová práce studentky) se neobjeví Vaše osobní údaje ani údaje o zařízení. Případové ilustrace budou zpracovány tak, že Vás nebude možné jakkoli identifikovat.

Garant i řešitelka výzkumné studie jsou vázáni povinnou mlčenlivostí zdravotnického pracovníka.

### **Prohlášení klienta**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výzkumu pro účely výše uvedené diplomové práce studentky oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Mám v kterémkoliv okamžiku právo svou účast ve výzkumu bez udání důvodů ukončit.

Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s informacemi o výzkumu, jeho smyslem a předpokládaným přínosem, a že jsem jim plně porozuměl/a. Všechny moje dotazy byly zodpovězeny k mé plné spokojenosti.

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním údajů o mé osobě pro studijní a výzkumné účely za podmínky, že výzkumníci jsou povinni o nich zachovat mlčenlivost a zacházet s nimi takovým způsobem, aby nebylo možné identifikovat mou totožnost a aby byla zachována moje osobní důstojnost a moje práva.

Místo, datum: .....

Podpis klienta/klientky: .....

*Případné stížnosti klienta/klientky nebo zařízení, v němž získávání údajů pro tuto výzkumnou studii probíhá, prosíme adresujte garantovi výzkumu: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, mail: kalina@adiktologie.cz .*

## **PŘÍLOHA Č. 2**

### **VERNONŮV ZÁZNAMOVÝ ARCH**

#### **1. Aktivita**

podrážděný, živý, impulzivní, tichý, stabilní, utlumený, lhostejný, tiky, oblečení, zvláštní projevy nebo fyziognomie

#### **2. Pohyby**

plynulé, přesné, nemotorné, rychlá – pomalá chůze

#### **3. Tělesný zjev a držení těla**

působivé držení těla, dobře vyvinutý, pyknické proporce, hubený, astenický, energický -skleslý způsob chůze

#### **4. Osobní výraz**

dobře vypadající, odporný, vyspělý, dětský, agresivita tváře, veselý, optimistický, vzrušivý, flegmatický

#### **5. Péče o sebe**

pečlivě upravený, dobrý vkus, nedbalý, špinavý



## **6. Řeč**

dobře modulovaný hlas, zřetelný projev, koktavost, hovorný, mlčenlivý, primitivní slovník, agramatismy, přízvuk

## **7. Sebeprosazování**

samolibý, sebevědomý, sebekritický, podceňuje se, úzkostný, rozhodný, odporující, sugestibilní, ostýchavý

## **8. Spolupráce**

ochota spolupracovat, rezervovaný, podezřívavý, přesný, bezstarostný, lenivý, nepřátelský

## **9. Pohotovost, soustředěnost**

pozorný, bdělý, duchem nepřítomný, rozptylující se

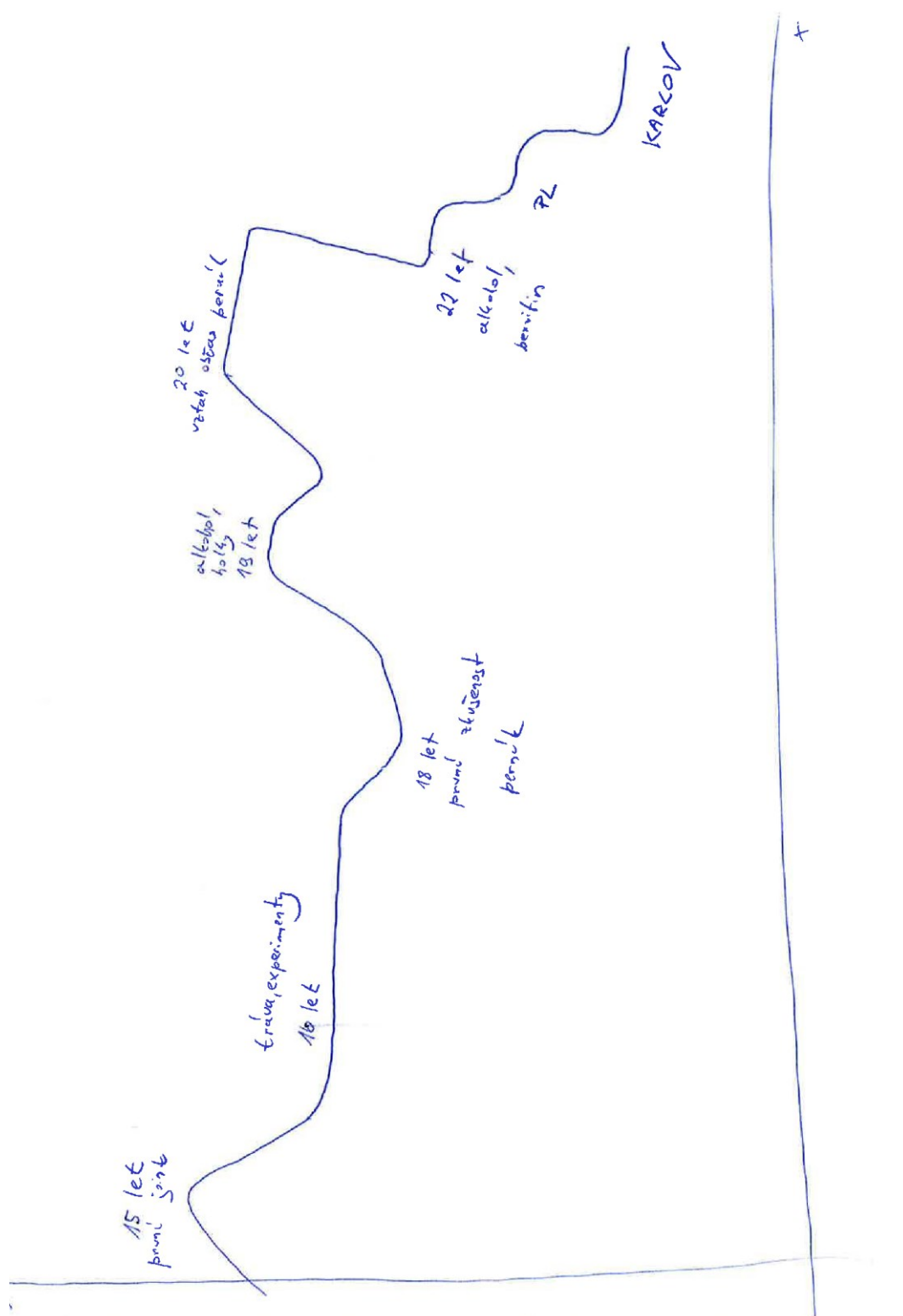
## **10. Emoce**

náladový, dětské reakce, nedostatek sebekontroly, utlumený, hloubavý

## **11. Plánování činnosti**

analytický, používá metodu pokus / omyl, riskuje, těží z předchozích zkušeností

## PŘÍLOHA Č. 3

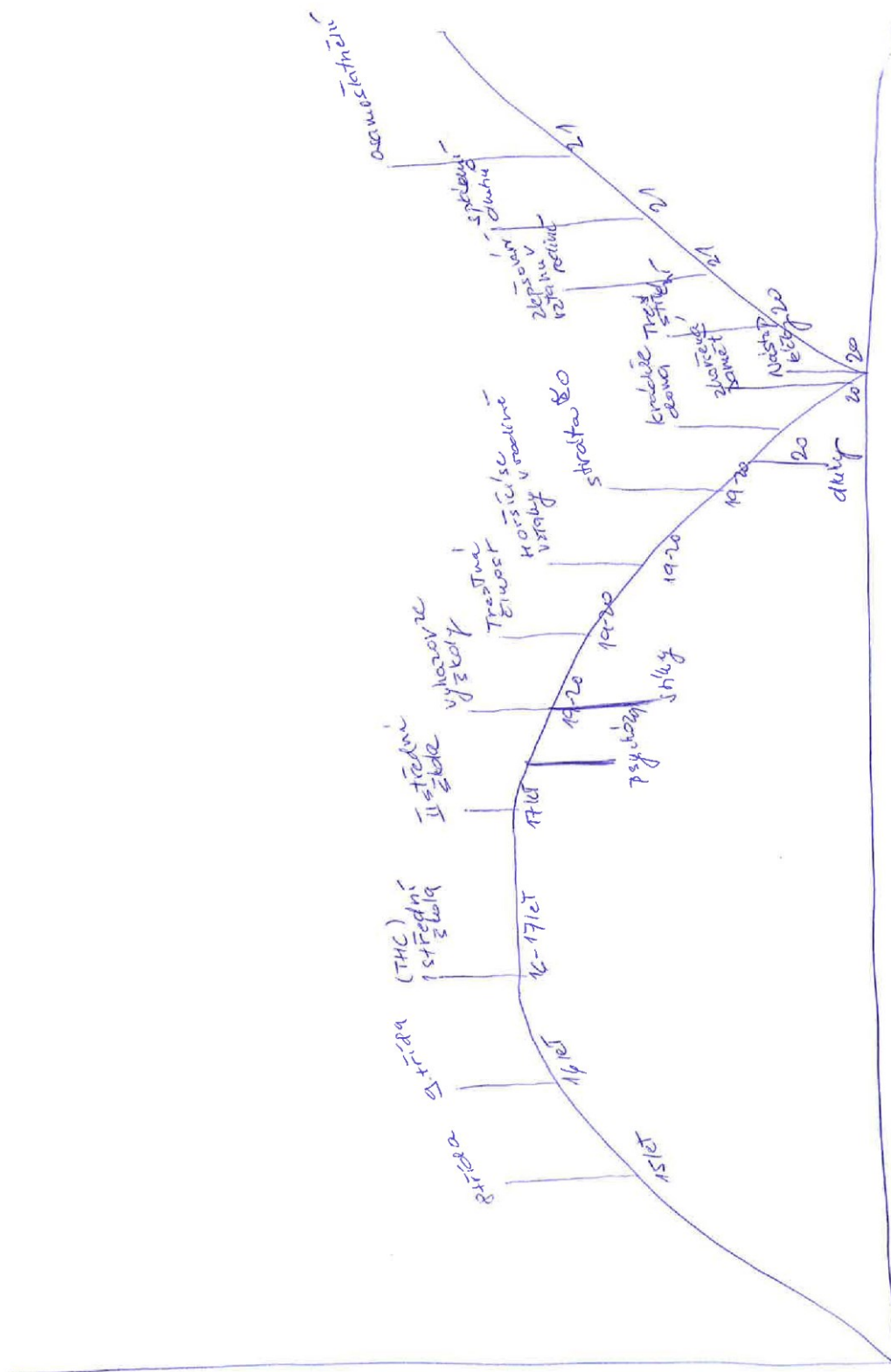


Životní křivka Adama

## Životní křivka Broňka

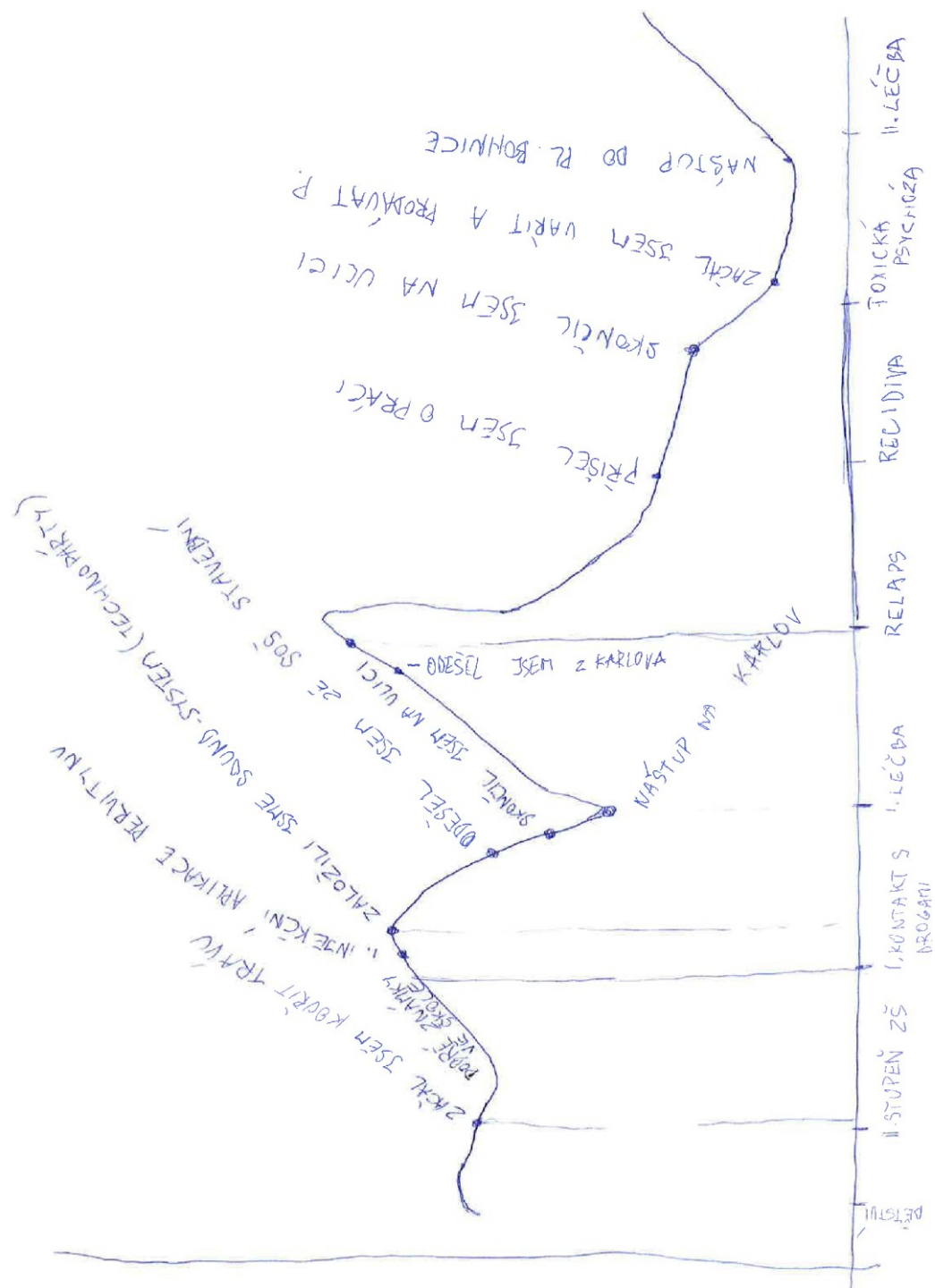


# PŘÍLOHA Č. 5



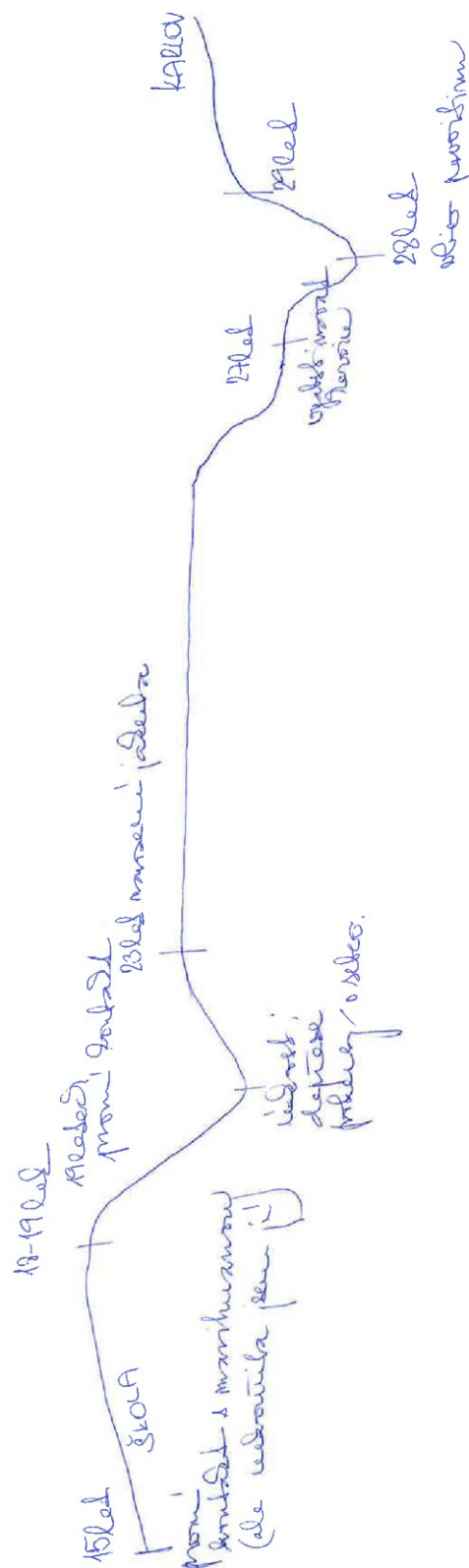
Životní křivka Cyrila

## PŘÍLOHA Č. 6



Životní křivka Denise

### Životní křivka Emy



## PŘÍLOHA Č. 8

**Tab. 5 Kategorie PODOBA TOXICKÉ PSYCHÓZY**

Adam	Zběsilý a inkonzistentní tok myšlenek	Představa davů lidí a panika	Uprchlíci a nadcházející válka	Sluchové halucinace (křičící přítelkyně)	Paranoidní představa „jsem neviditelný“
Broněk	Útěk před přítelkyní	Přítelkyně na mě vytáhla nůž	Přání skončit se životem	Vizuální halucinace (lidi vs. odpadkové koše)	
Cyril	Velmi obtěžující ostražitost	Utkvělá představa neustálého dohledu policie		Vizuální a sluchové halucinace (policejní auta)	Potřeba se neustále schovávat
Denis	Utkvělé vtíravé myšlenky o policejních autech	Panika z infaustní životní osamocenosti	Násilí a vyhrožování zabitím	Obtěžující ostražitost, nadměrná bdělost	Sedím na lavičce a čekám neboť za rohem jsou stíny
Ema	Pocit neustálé přítomnosti někoho jiného	Sluchové halucinace (z každého okna někdo křičí)	Vizuální halucinace (všude kolem silnice jsou postavy)	Mžitky a tečky, které se neustále rozpíjí	Pocit extrémní fyzické slabosti (opakované omdlávání)

**Tab. 6 Kategorie ODEZNÍVÁNÍ TOXICKÉ PSYCHÓZY**

Adam	Prázdnota v abstinenci	Vtíravé myšlenky (co mám/co bych měl)	Únava z lidí/desocializace	Strach z pravidel	Časté chutě/excitovanost
Broněk	Vztahovačnost a vymezenost		Absence sexuálního apetitu	Přetrvávající únava a letargie	Občasné záseky v činnostech
Cyril	Nuda a prázdnota v životě	Nechuť vs. nutnost změn	Zmatek ohledně sexuálního apetitu	Obava ze schopnosti uspokojení	Rezidua „vykroucenosti“
Denis	Častá verbální agrese	Kontinuální sebelítost	Vztahovačnost a neustálá opozice	Velká podrážděnost	Spiknutí ostatních proti mně
Ema	Strach z výčitek	Únava z neustálých otázek okolí	Svědění vs. realita	Neschopnost dotáhnout práce do konce	Nulová energie

**Tab. 7 Kategorie POSTOJ K BUDOUCÍ ABSTINENCI**

Adam	Zážitky z psychiatrické nemocnice	Zvládnul jsem abstinovat v minulosti	Návrat do školy by mi pomohl	Abstinence jde ruku v ruce s pořádkem ve vztazích
Broněk	Zážitky z psychiatrické nemocnice	Vzájemná podpora v léčbě /společné doléčování	Strach o zdraví	Chráněné bydlení jako restart
Cyril	Vím, že musím. Dokážu to ale?	Vzájemná podpora v léčbě /společné doléčování	Strach z vězení a případné recidivy ve vězení	Abstinence jde ruku v ruce s pořádkem ve vztazích
Denis	Zapovězené hudební akce	Kontrola vlastních emocí	Máma jako důkaz, že lze dlouhodobě abstinovat	Touha po „vyklidnění se“
Ema	Syn je nositelem změny	Rodiče jsou mi podporou	Velký strach z dojezdů	Není cesty zpátky

**Tab. 8 Kategorie VLIV KOMUNITNÍHO PROSTŘEDÍ**

Adam	Komunikační problémy /neporozumění	Pohrdání některými spoluklienty	Jsem tady správně?	Často je to na sílu
Broněk	Všeobecná podpora	Časté zdravotní problémy a snažší vypořádání se s nimi	Obava o zdraví a odpovědi na otázky ohledně zdraví	Chráněné bydlení jako restart
Cyril	Častá bagatelizace	Je těžké být otevřený	Diplomacie vs. upřímnost	Hledání pravdivých odpovědí nikoli konfabulace
Denis	Zapovězené hudební akce	Kontrola vlastních emocí	Máma jako důkaz, že lze dlouhodobě abstinovat	Touha po „vyklidnění se“
Ema	I když podruhé, stále nové	Chci se konfrontovat/ nemám chuť se konfrontovat	Vnitřní vztek	Dobrý vliv na syna



## PŘÍLOHA Č. 9

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**  
**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]